

36

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 11 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Maurice FÉLIX

ANCIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE POITIERS

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CHIRURGICAL (FONDATION GOUIN) A CLICHY (SEINE).

*Les Rétrécissements
tuberculeux de l'intestin grêle*
LEUR TRAITEMENT

PRÉSIDENT : M. TILLAUX, professeur.

JUGES. . { MM. JALAGUIER,
WALTHER, } agrégés
MAUCLAIRE, }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

361

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 11 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Maurice FÉLIX

ANCIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE POITIERS

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CHIRURGICAL (FONDATION GOUIN) A CLICHY (SEINE).

*Les Rétrécissements
tuberculeux de l'intestin grêle*
LEUR TRAITEMENT

PRÉSIDENT : M. TILLAUX, professeur.

JUGES. . { MM. JALAGUIER,
WALTHER, } agrégés
MAUCLAIRE, }



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.	
	Professeurs.	MM.	
Anatomie.		FAI ABEUF.	
Physiologie.		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.	
		{ DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.	
Anatomie pathologique.		CORNIL.	
Histologie.		MATHIAS DUVAL.	
Opérations et appareils.		BERGER.	
Pharmacologie et Matière médicale.		POUCHET.	
Thérapeutique.		LANDOUZY.	
Hygiène.		PROUST.	
Médecine légale.		BROUARDEL.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BRISAUD.	
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.	
Clinique médicale.		{ POTAIN.	
		{ JACCOUD.	
		{ HAYEM.	
		{ DIEULAFOY.	
		{ GRANCHER.	
Maladies des enfants.		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux.		{ TERRIER.	
		{ DUPLAY.	
Clinique chirurgicale.		{ LE DENTU.	
		{ TILLAUX.	
Clinique ophtalmologique.		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.	
Clinique d'accouchement.		{ BUDIN.	
		{ PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESCREZ	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGLER.	WIDAL.
CLARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en eut leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE POITIERS

A MES MAITRES DE PARIS

A M. LE DOCTEUR TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION — HISTORIQUE

La connaissance des rétrécissements tuberculeux de l'intestin est relativement de date récente. Si l'on cherche à ce sujet quelles peuvent être les données de la science, il ne faut pas s'adresser aux anciens. C'est seulement en arrivant à Bonnet et à Morgagni⁽¹⁾ qu'un coin d'ombre semble se dissiper. Ce dernier parle en effet de perforations intestinales spontanées entraînant une mort rapide, et conseille prudemment « de se tenir toujours en garde, dans les douleurs de ventre. » Mais rien ne fait pressentir la nature de ces ulcérations.

C'est parmi les médecins allemands, dans la thèse de Krisch et Walther⁽²⁾ (1731), qu'il faut chercher la première mention de rétrécissement intestinal. Les signes diagnostiques y sont traités avec une lucidité tout à fait remarquable, mais il n'y est fait aucune allusion à la tuberculose comme facteur étiologique.

(1) De sedibus et causis. Epist. 34 et 35.

(2) Lipsiæ, 1731.

Telle est la première période, période de confusion de l'histoire des rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. Vient la période anatomo-pathologique, période d'analyse. On songe à incriminer la tuberculose. Trollet(1) affirme la possibilité de la guérison des ulcérations intestinales et avec lui Berndt (2) et Delpech (3) essaient d'expliquer le mécanisme qui conduit à la sténose.

Corbin (4) fait paraître un travail où deux observations sont typiques (v. Obs. 71, 72). Mais c'est dans le rapport que Tardieu fit à la Société anatomique à propos de la remarquable observation d'Ossipowski (Obs. 70) qu'on trouve les documents les plus précieux. Piégu (5), Dumontpallier (6) Leudet (7) apportent encore quelques cas intéressants ; Spillmann (8) ajoute de nouvelles notions anatomiques.

Enfin les thèses de M. Pouzet (9), de Renson (10) et surtout celle de Girode (11) donnent un tableau complet de la tuberculose intestinale. Jusqu'à présent on ne connaît que les sténoses résultant du processus cicatriciel de guérison d'une ulcération. Mais Cornil pratiquant

(1) *Arch. gén. méd.*, t. IX, 1825.

(2) *Gaz. méd. Berlin*, mars 1835.

(3) *Mémorial du Midi*.

(4) *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, 1830 et t. XXV, 1831.

(5) *Bull. Soc. anat.*, série I, vol. XXXV, 1840.

(6) *Comptes rendus des séances de la Soc. de biol.*, 1862.

(7) *Clin. méd. Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874.

(8) *Thèse d'agrégation*, 1878.

(9) *Thèse*, Paris, 1877.

(10) *Thèse*, Paris, 1881.

(11) *Thèse*, Paris, 1888.

les premiers examens histologiques et bactériologiques fait entrevoir que l'ulcération n'est pas nécessaire et que la simple infiltration inflammatoire de la muqueuse intestinale produit un épaissement assez considérable pour déterminer une sténose. Chauveau fait les premières constatations expérimentales. Darier(1) de son côté attire l'attention sur une forme de rétrécissement par simple sclérose fibreuse sans ulcération préalable. Enfin Hartmann et Pilliet(2) font l'histoire des rétrécissements à forme hypertrophique, sur lesquels Cornil n'avait qu'attiré l'attention.

Nous aurons à revenir un peu plus longuement dans le courant de cette étude, sur ces derniers travaux. Dans ce chapitre, nous voulons seulement indiquer les étapes successives de l'histoire des sténoses tuberculeuses du grêle.

La simple constatation *post mortem* des lésions, qui suffisait à la curiosité scientifique, la connaissance approfondie de leur diagnostic sur le vivant qui suffisait à l'esprit clinique, ne sauraient être aujourd'hui l'ultime but de nos espérances. Et nous arrivons à la troisième période, la période chirurgicale.

La première intervention pour tuberculose intestinale est due à Bouilly, qui en 1886 fit une résection du cœcum. Quatre ans après le malade était encore en bonne santé. En 1887, Schier(3) pratique une opération sem-

(1) *Bull. Soc. anat.*, t. IV, 1890.

(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 1891.

(3) In SENN, principles of surgery, 1897.

blable. Plus tard, Czerny, Durante, König, Hofmohl, Hochenegg, Le Dentu, Frank, Terrier, Hartmann et Pilliet, Hofmeister... etc., font encore une série d'interventions. Néanmoins les cas opérés sont rares. Citons, parmi les derniers, celui de M. Tuffier et il y a quelques semaines, ceux de M. Schwartz.

Nous devons à notre maître M. TUFFIER l'idée première de ce travail. Qu'il nous soit permis de lui adresser ici nos remerciements et de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour l'accueil favorable que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

Nous remercions aussi M. le P^r TILLAUX de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle, et des lésions qui les accompagnent, est un chapitre important à connaître tant au point de vue de l'intelligence des symptômes que de l'opportunité du traitement.

La sténose n'embarrassera pas longtemps le chirurgien ; les ciseaux et le bistouri en auront facilement raison.

Mais il faudra compter davantage avec les lésions qui l'accompagnent. De leur étendue en effet dépendra le pronostic.

Siège. — On peut observer les rétrécissements tuberculeux sur tout le trajet de l'intestin grêle, mais avec une fréquence très inégale. C'est ainsi qu'il n'existe à notre connaissance qu'un seul cas de sténose tuberculeuse du pylore, dû à Hattute (1). Quant au duodénum, cette affection y doit être rare. Nous n'en trouvons en

(1) *Gaz. hôp.*, 1874, p. 859.

effet aucun cas dans les 72 observations que nous avons réunies.

Le siège le plus fréquent de ces sténoses est assurément l'iléon, et particulièrement la fin de l'iléon. La valvule iléo-cæcale est prise souvent aussi, tantôt isolément, tantôt en masse avec le cæcum.

D'après les observations que nous publions, nous avons pu établir que la sténose intéressait :

Le premier tiers du jéuno iléon, dans.	8,9	p. 100 des cas.
Le deuxième — — — — —	17,8	—
Le troisième — — — — —	73,2	—

Nous verrons plus loin au chapitre pathogénie comment on peut expliquer cette prédilection pour la partie terminale de l'iléon.

Nombre. — Dalmas (1) rapporte qu'il a vu un intestin sur lequel trente rétrécissements étaient échelonnés : le cas est unique et remarquable. Il y en avait encore 12 dans le fait de König (Obs. 46) et 10 dans celui d'Hofmeister (Obs. 15) : l'intestin, dit ce dernier, avait l'air d'une chaîne de saucisses. Dans ces cas de structures multiples, le grêle se trouvait considérablement raccourci (Obs. 65).

Mais il faut se hâter de dire que cette multiplicité constitue une heureuse exception. En effet, si certains rétrécissements multiples sont très rapprochés l'un de l'autre et n'intéressent qu'une courte portion du tube intestinal (Obs. 60), d'autres sont échelonnés sur toute sa longueur et rendent inutiles les efforts du chirurgien

(1) *Dictionnaire* en 30 volumes. Art. Intestin, 1838.

(Obs. 34). La statistique d'Hofmeister établit que la plus grande fréquence appartient aux sténoses uniques. Voici ce que nous avons trouvé :

1° Égalité de fréquence entre les cas de sténose unique et les cas de double sténose (les 2 rétrécissements sont d'ailleurs toujours très voisins l'un de l'autre).

2° Prédilection des rétrécissements uniques pour la fin de l'iléon ou la valvule iléo-cæcale.

3° Dans les cas de sténoses multiples, la plus étroite siège ordinairement le plus bas.

Calibre, étendue. — Depuis le rétrécissement presque infranchissable (Obs. 54) jusqu'à une coarctation légère des tuniques intestinales, on trouve tous les intermédiaires. Dans le plus grand nombre des cas, cependant, il s'agit de rétrécissement laissant passer à peine un crayon ou un catheter de moyenne grosseur. La lumière en est parfois obstruée par un calcul stercoral (Obs. 12) ou un corps étranger, le plus souvent un noyau de fruit.

L'étendue de la sténose est aussi variable que le calibre. Tantôt il s'agit d'un simple anneau, comme on peut le voir dans les planches qui accompagnent la thèse de Spillmann, tantôt le rétrécissement s'étend sur une longueur de 2 à 8 centimètres (Obs. 57).

ASPECT MACROSCOPIQUE ET STRUCTURE HISTOLOGIQUE

Au point de vue de la structure, nous distinguerons les trois variétés suivantes :

1° Cicatricielle.

2° Fibreuse d'emblée.

3° Hypertrophique.

1° **Variété cicatricielle.** — C'est celle qui prend pour point de départ la cicatrisation d'une ou plusieurs ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle. Girode⁽¹⁾ a donné une description détaillée de ces ulcérations dont l'orientation et la forme nous permettent de comprendre l'orientation et la forme des sténoses consécutives. L'ulcération, en effet, débute sur la muqueuse, elle envahit cette muqueuse de proche en proche, dans un plan perpendiculaire à l'axe de l'intestin, de façon à en faire plus ou moins complètement le tour. Aussi, dans la plupart des cas, la sténose s'offrira-t-elle à nos yeux sous l'aspect d'un anneau plus ou moins complet.

Mais quelquefois les ulcérations affectent une forme plus compliquée, et nous aurons des rétrécissements en L, en V (Obs. 7) ou en H renversée ($\equiv$) (Obs. 67).

Tantôt ce sera une bride peu saillante, ou un bourrelet fibreux, tantôt aussi nous aurons affaire à une véritable valvule, un diaphragme percé au centre d'un orifice généralement étroit, à bords réguliers ou froncés parfois déchiquetés. Sur les faces de cette valvule, on trouve quelquefois de petites ulcérations.

Les sténoses serrées sont inextensibles. Si on introduit les doigts au niveau de la coarctation, on sent qu'elle résiste dans le sens transversal (Obs. 65).

Au contraire les sténoses peu accentuées sont aisé-

(1) *Loco citato.*

ment dilatables. Nous verrons à propos du traitement que ce fait trouve son application.

— Il peut arriver que le point de départ du rétrécissement soit une ulcération de la *séreuse* et non de la muqueuse comme il a été question jusqu'ici.

Le cas est moins fréquent. Le rétrécissement serait dû alors au froncement de la muqueuse par la rétraction cicatricielle de la *séreuse*.

Au point de vue microscopique, il faut avec Girode étudier : la formation du rétrécissement, — et le rétrécissement tout fait ; ou ce qui revient au même : l'ulcère en réparation — et la cicatrice toute faite.

Dans l'ulcère en réparation, on trouve la paroi intestinale épaissie. Quelques bourgeons tapissés par un épithélium dépourvu de glandes font saillie sur la muqueuse. A la coupe, la paroi intestinale se montre infiltrée d'éléments embryonnaires ; des travées fibreuses s'y entrecroisent ; les vaisseaux restent perméables. Les éléments bacillaires siègent surtout dans la muqueuse ; on y retrouve les cellules géantes avec les bacilles.

Sur une coupe de la cicatrice achevée, « on observe simplement de l'épaississement de la paroi, mais localisée à la musculouse et à la celluleuse ; celle-ci est envahie par un tissu fibreux très abondant, à grosses fibres pâles et ayant tous les caractères du tissu de cicatrice. Il peut d'ailleurs, dans les cas extrêmes, arriver à constituer presque à lui seul, la paroi au point sténosé, à qui il communique alors une grande dureté et une inextensibilité remarquable. Cependant la musculouse présente presque toujours, même au niveau du

passage le plus rétréci, une hypertrophie manifeste : les éléments à fibres lisses sont augmentés de volume et il n'est même pas très rare de les voir pénétrer jusque dans la celluleuse. Suivant Galliard toutefois, leur nombre ne serait pas accru. — Les deux couches celluleuse et musculieuse présentent enfin quelques vaisseaux ; ils sont surtout rencontrés dans la zone scléreuse et quelques-uns d'entre eux sont le plus souvent entourés d'une couronne de petits éléments embryonnaires ou même de véritables tubercules. (Bernay) (1) ».

2° **Forme fibreuse d'emblée.** — Cette forme, que nous séparons peut-être un peu schématiquement de la précédente, se trouve bien décrite, dans l'observation de Darier (Obs. 65) où cet auteur conclut en disant que le cas est remarquable en ce que l'ulcération n'est pas le phénomène primordial des lésions : on a affaire ici non à un processus à tendance destructive mais au contraire à tendance essentiellement fibrogène. On ne trouve d'ulcérations ni sur la muqueuse ni sur la face péritonéale, et partant, pas de tissu cicatriciel. Les lésions tuberculeuses se sont adressées d'emblée à la couche moyenne de l'intestin, et surtout à la couche sous-muqueuse. Quant aux lésions microscopiques, elles ne diffèrent pas de ce qu'on observe dans la variété précédente.

3° **Variété hypertrophique.** — C'est à cette variété qu'appartient le rétrécissement dont nous rapportons

(1) *Thèse*, Lyon, 1899.

l'histoire dans notre observation 1. C'est de beaucoup la plus rare (9 cas seulement sur les 72 que nous publions), mais c'est aussi celle qui se prête le mieux au traitement chirurgical.

Elle est caractérisée par un mélange en proportion fort inégale, de lésions bacillaires et de réaction inflammatoire banale, produisant l'épaississement, parfois le bourgeonnement de la paroi, épaississement qui se fait aux dépens du calibre du tube intestinal. À l'inverse des lésions ulcéreuses communes, les lésions sont ici *limitées*, et le plus souvent *primitives*. Elles se comportent comme de véritables tuberculoses locales, d'où les succès opératoires.

Son histoire est récente. Ce n'est guère qu'à la suite du mémoire présenté par Pilliet et Hartmann à la société anatomique en 1891, sous le titre : « *Variété de typhlite tuberculeuse simulant cancer de la région* » qu'on la connut en France. Cependant avant eux, dans leur traité d'histologie pathologique, Cornil et Ranvier avaient écrit : « Quelquefois, l'infiltration inflammatoire et tuberculeuse de la muqueuse produit un épaississement assez considérable pour déterminer un rétrécissement de l'intestin. » — Parmi les auteurs qui ont attaché leur nom à cette question, nous citerons : — En Allemagne : Hacker cité d'après Hofmeister (1), Suchier (2), Gussenbauer (3), Czerny (4), Billroth, Obalinsky, Durante,

(1) *Wiener klin. Wochens.*, 1888.

(2) *Berlin. klin. Wochens.*, 1889.

(3) *Prag. med. Wochens.*, 1890.

(4) *Beitrage für clin. chir.*, 1890.

Frank, etc. — En France : Bouilly (1), Richelot, Terrier, Broca. En 1893, la thèse de Benoît réunit la plupart des faits connus jusqu'alors.

Fréquente dans le gros intestin, la tuberculose à forme hypertrophique est plus rare dans l'intestin grêle. La plupart du temps, la lésion débute dans le cæcum et envahit ensuite la valvule. Cependant les 3 cas de König (2), celui de Kocher publié par Sachs (3), celui de Wite (4) et celui de Tuffier, sont relatifs au grêle, mais c'est presque toujours la dernière portion de l'iléon qui est en cause.

Ces rétrécissements ont une longueur ordinaire de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres 1/2, et sont presque toujours uniques. L'hypertrophie siège sur tout le pourtour du tube intestinal, ou seulement en un point, d'où les formes *cylindrique* et *partielle*.

Dans ce dernier cas, au lieu d'avoir une diminution concentrique du calibre, on aura une tumeur faisant saillie dans l'intestin — Bezançon et Lapointe citent une observation recueillie en 1896 dans le service de Berger à la Pitié, où il s'agissait d'un rétrécissement rectal de cette forme. L'affection avait été prise pour un épithélioma.

Ajoutons pour être complet, que malgré son nom, la tuberculose hypertrophique peut ne pas diminuer le

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1889.

(2) *Deutsche Zeitsch. für chir.*, 1892, vol. XXXIV.

(3) *Deutsche Zeitsch. für chir.*, 1891, vol. XXXII.

(4) *Thèse*, Greiswald, 1897.

calibre intestinal, ainsi que Claude (1) en a rapporté un exemple à propos du côlon.

Aspect macroscopique. — Lorsqu'on pratique la laparotomie, la portion sténosée apparaît avec un volume plus considérable. Elle est irrégulière, tortueuse, bosselée et presque toujours adhérente aux organes voisins, côlon, épiploon, anses grêles (Obs. 1). Ces adhérences sont le résultat du retentissement sur le péritoine, de la réaction inflammatoire produite le plus souvent par infection secondaire au niveau de petites ulcérations, infection favorisée par l'arrêt de matières stercorales au point sténosé. Ces petites *ulcérations* se voient sur la muqueuse; elles s'enfoncent dans les tuniques intestinales, en formant de véritables puits (Obs. 1). *Elles manquent rarement.* Parfois elles sont peu visibles; cela tient à ce qu'elles sont très petites et facilement cachées par le bourgeonnement des plis muqueux; dont la surface est très villeuse et si fortement injectée de sang, qu'elle présente une couleur lie de vin.

Quand le rétrécissement à forme hypertrophique siège au niveau de la valvule iléocæcale, et nous savons que c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, que devient cette valvule? — Elle n'existe plus en tant que membrane. Elle est perdue dans une gangue de tissu inflammatoire et sclérocicatriciel, et remplacée par un orifice à parois rigides, à rebords indurés, orifice presque toujours extrêmement étroit.

(1) *Soc. biol.*, 3 décembre 1898.

Au microscope, on constate l'hypertrophie générale de toutes les tuniques de l'intestin.

L'infiltration tuberculeuse est très marquée dans la muqueuse; les glandes de Lieberkühn y sont plus développées qu'à l'état normal. Les follicules bacillaires apparaissent groupés en tubercules séparés par un abondant tissu conjonctif embryonnaire (Bezançon et Lapointe). Par endroits la muqueuse disparaît complètement pour faire place au tissu pathologique.

Mais c'est dans la *sous-muqueuse* que l'hypertrophie atteint son maximum. L'infiltration embryonnaire y est considérable, les vaisseaux nombreux et dilatés sont gorgés de leucocytes polynucléaires (Obs. 1).

L'élément conjonctif participe également à l'hypertrophie. On trouve çà et là des follicules tuberculeux contenant des cellules géantes.

La couche musculieuse contient des amas leucocytaires englobant aussi parfois des cellules géantes. Les fibres musculaires sont séparées les unes des autres par du tissu tuberculeux qui par endroits existe seul, les fibres ayant disparu.

La sous-séreuse présente à peu près les mêmes lésions.

Bien que Darier, Bezançon et Lapointe n'aient pas réussi à colorer le bacille, ce dernier n'est point impossible à déceler. Dans l'observation que nous a communiquée M. Tuffier, nous voyons que M. Decloux a mis en évidence les bacilles de Koch. Peut-être le petit nombre de ces bacilles explique-t-il pourquoi les résultats ont été souvent négatifs.

En résumé, nous voyons que la forme hypertrophique est constituée par le mélange de deux ordres de lésions : tuberculeuse et inflammatoire, mais dans des proportions très inégales. Les éléments tuberculeux sont relativement rares; si l'on considère la masse néoplasique parfois énorme dans laquelle ils sont plongés. Ce fait a permis à Pilliet, Sachs et Kocher de rapprocher ces caractères anatomiques de ceux du lupus.

D'autre part, ces éléments tuberculeux ont une évolution plutôt fibreuse. Rapidement le tubercule s'entoure ici de tissu scléreux qui se laisse envahir par de la graisse. Le petit nombre des bacilles, peut-être leur faible virulence, permettent-ils d'expliquer leur peu de tendance à diffuser. Aussi peut-on dire que la tuberculose hypertrophique est une tuberculose atténuée. Mais ce n'est pas une tuberculose éteinte, ou tendant à s'éteindre, comme dans la variété cicatricielle, où la cicatrice est la signature d'une lésion guérie. C'est au contraire une tuberculose en pleine évolution pouvant en imposer pour un cancer.

Lésions en amont. — « Les organes creux soumis à une distension prolongée, s'hypertrophient dans leurs parois en même temps que leur cavité s'agrandit (Laennec) ». Il est en effet presque de règle, surtout dans la forme cicatricielle, de rencontrer au-dessus d'un rétrécissement un peu serré, une dilatation parfois énorme puisqu'elle peut avoir l'ampleur d'un estomac (Obs. 2, 19). L'hypertrophie qui accompagne cette dilatation porte surtout sur la couche musculaire, c'est une hypertrophie compensatrice, l'intestin ayant à lutter

contre la résistance apportée par la sténose à la libre circulation des matières. Les expériences d'Herczel ont établi que cette hypertrophie apparaissait très rapidement. Cet auteur la constatait déjà le 4^e ou le 5^e jour chez des lapins dont il avait suturé l'intestin. Le 7^e elle devenait très sensible.

Lésions en aval. — On constate une diminution générale du volume de l'intestin, due à une atrophie par absence de fonctionnement. Cependant elle n'est pas toujours très prononcée. Elle manque (Obs. d'Ossipowski) lorsque le malade n'a pas de constipation et que le cours des matières persiste.

Lésions de voisinage. — L'infection retentit plus ou moins sur le péritoine, qui s'enflamme chroniquement et donne lieu à des néomembranes, des adhérences (Obs. 16, 15, 72) qui compliquent le traitement chirurgical. On trouve souvent des granulations dans le mésentère dont les ganglions sont presque toujours caséux ou simplement hypertrophiés.

Autres lésions. — Il est évident qu'on peut rencontrer chez nos malades toutes les localisations de la bacilliose : articulaire (Obs. 10) osseuse, testiculaire, pulmonaire, etc.

Si l'on admettait strictement la loi de Louis, le poumon devrait toujours être atteint. Or il n'en est pas ainsi. Les lésions intestinales peuvent évoluer pour leur propre compte, elles peuvent être primitives. Cependant, dans la grande majorité des cas, on constate des signes de tuberculose pulmonaire.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Comparés à la fréquence de la tuberculose intestinale, les rétrécissements sont assez rares. D'après Margarucci l'âge adulte serait le plus fréquemment atteint, tandis que les enfants y seraient peu sujets (nous en rapportons cependant plusieurs exemples). Au contraire Mayo (1) écrit que la prédisposition des enfants aux rétrécissements intestinaux par lésions tuberculeuses est manifeste et que chez eux cette affection est facilement le point de départ d'une infection généralisée. Les tissus adultes offriraient une plus grande résistance.

Ce que nous pouvons dire, c'est que les maladies péritonéo-intestinales du jeune âge, péritonite bacillaire ou adénopathie mésentérique, prédisposent à l'apparition de la sténose. Aussi, lorsqu'on aura à diagnostiquer chez un adulte un rétrécissement de l'intestin grêle, sera-t-il toujours intéressant d'interroger le malade sur son passé pathologique.

La statistique de Margarucci établit que le sexe féminin est le plus fréquemment atteint. La nôtre, basée sur les observations que nous publions à la fin de cette

(1) *Northwestern Lancet*. Saint-Paul, 1899, XIX, p. 116.

étude, est tout à fait différente. Voici d'ailleurs en détail notre statistique : Sur 71 cas, nous trouvons :

Hommes :	8 de 6 à 16 ans.
	26 de 18 à 50 —
	2 de 50 à 60 —
	5 où l'âge n'est pas noté.
TOTAL.	41 hommes.

Femmes :	3 de 7 à 14 ans.
	22 de 18 à 50 —
	3 de 50 à 60 —
	2 où l'âge n'est pas noté.
TOTAL.	30 femmes.

D'où nous concluons :

1° L'affection est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ;

2° Son maximum de fréquence est atteint dans l'âge adulte ;

3° Le jeune âge et la vieillesse n'en sont pas exempts.

A. Comment se fait l'infection ? — Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue les causes banales de la tuberculose intestinale, laquelle peut être primitive ou secondaire.

Primitive. — La question a été discutée. Elle acquiert une grande importance dans l'espèce, puisque nous verrons que le pronostic au point de vue chirurgical dépend beaucoup de l'état des poumons. Klebs dit que la tuberculose de l'intestin est toujours consécutive à la tuberculose pulmonaire. Mais Parrôt, cité par Spillmann, a observé une tuberculose entéro-mésentérique avec inté-

grité des poumons à l'autopsie. Girode en a réuni dans sa thèse plusieurs exemples. La tuberculose peut donc se développer d'emblée dans l'intestin, fait qui infirme la loi de Louis.

La tuberculose intestinale *secondaire* est beaucoup plus fréquente. « Il est rare, écrivait Laennec, que chez les phtisiques, le poumon seul contienne des tubercules; presque toujours les intestins en présentent en même temps dans leurs parois, où ils déterminent des ulcères qui deviennent la cause de la diarrhée coliquative, compagne de la phtisie pulmonaire » (Laennec). Il faut retenir qu'il s'agit dans ce dernier cas, de formes plus franchement ulcéreuses, et souvent même, perforantes; tandis qu'au contraire, dans la forme qui évolue en dehors de toute lésion pulmonaire, la tendance à la sténose est beaucoup plus manifeste. — Pourquoi? C'est que chez les sujets atteints de phtisie pulmonaire, les lésions intestinales évoluent plus rapidement et n'ont pas le temps de s'organiser, peut-être en raison de fermentations anormales qui font de la muqueuse un locus minoris resistantiæ (Benoit) (1), et le malade succombe de bonne heure aux progrès de la cachexie. Mais dans la tuberculose primitive, les lésions évoluent plus chroniquement, elles ont le temps de s'organiser, et on les a comparées à celles du lupus. Cette évolution lente s'expliquerait par une infection secondaire dont la lésion serait le siège (Hartmann et Pilliet), infection due au

(1) *Gaz. hóp.*, 1898, p. 357, 385.

coli-bacille (Caussade) et aboutissant au développement d'une tuberculose atténuée.

Chez l'individu atteint de bacillose pulmonaire, la contamination de l'intestin se fait par voie sanguine, ou par les crachats bacillifères avalés, contamination favorisée par un catarrhe chronique des muqueuses digestives (entérite pré tuberculeuse de Rilliet et Barthez). Aussi les lésions se présentent-elles un peu dans toute l'étendue du tube digestif.

Chez les sujets sains, au contraire, les choses se passent différemment. Les matières bacillifères quelles qu'elles soient, aliments, lait, arrivent dans l'estomac où le suc gastrique détruit la plupart des bacilles (Koch). Mais les spores, plus résistantes, rencontrent dans leurs parcours, deux points favorables à leur éclosion, parce qu'elles y séjournent plus longtemps : la région iléo-cæcale et la région anale. Ce fait nous explique pourquoi la tuberculose primitive de l'intestin grêle aime la portion terminale de l'iléon.

B. Comment se fait le rétrécissement ? — L'étude anatomo-pathologique des sténoses tuberculeuses nous a montré qu'elles reconnaissent pour cause soit la *sclérose*, soit l'*hypertrophie*.

1° *Sclérose*. — Malgré l'opinion de Kelsey (1) et de Mathews (2), l'évolution fibreuse du tubercule ne peut

(1) Diseases of the rectum and anus, 1884.

(2) Journ. of the Amer. med. Ass., 1891, p. 654.

plus être mise en doute. « L'anatomie pathologique a montré que le tubercule, sous toutes ses formes, à toutes les périodes de son évolution, est susceptible de guérir (1). » Sur 131 autopsies faites à la Morgue de Paris, Vibert a compté 17 cas de bacillose guérie. Rappelons aussi le fait remarquable relaté par Walter S. Colman (2). Il s'agissait d'une fillette de 7 ans, atteinte de phtisie laryngée, chez laquelle à l'autopsie on trouva soixante ulcères tuberculeux de l'intestin, tous en voie de guérison à des stades divers. Laveran (thèse de Spillmann) a suivi dans le cæcum et le côlon ascendant les phases successives de cette réparation, chez un phtisique du Val-de-Grâce. La cicatrisation est aussi nettement signalée chez des sujets autopsiés par Guéneau de Mussy, Virchow, J. Renaut, Guttmann, et d'autres encore.

La tendance à la cicatrisation de la tuberculose ulcéreuse de l'intestin, est donc nettement affirmée. Mais cette cicatrisation ne constitue pas un véritable processus curatif, puisqu'elle apporte une complication redoutable. — Est-ce à dire qu'elle aboutisse toujours à la sténose? — Certainement non; en effet, nombre d'ulcérations bacillaires se cicatrisent sans produire de vrais rétrécissements. *Le rétrécissement n'est donc pas fatal.* Il ne se forme que si la tunique fibreuse a été envahie par le processus ulcéreux (Cruveilhier) (3). — C'est donc la profondeur qui, jointe à la direction annulaire des ulcérations,

(1) HÉRARD, CORNIL et HANOT. La phtisie pulmonaire, 1888, p. 604.

(2) S. COLMAN. *Brit. med. Journal*, 1893, VII.

(3) Traité d'anatomie path. gén., vol. II, 1852.

permet la formation des rétrécissements, favorisés d'ailleurs par la rétractilité remarquable dont est doué le tissu post-tuberculeux.

Il se fait parfois, autour des lésions bacillaires, un autre tissu de sclérose, non de cicatrisation celui-là, mais de défense. Rétractile aussi, sa présence explique qu'on puisse observer des phénomènes de rétrécissement au niveau d'une ulcération tuberculeuse à peine en voie de cicatrisation. C'est ce tissu qui est en jeu dans la forme fibreuse d'emblée. Quant aux causes générales qui favorisent la production du tissu scléreux, c'est, dit Bernay (1), un problème difficile à résoudre. « Condition de résistance particulière du terrain morbide, infection par un bacille à virulence atténuée, tendance générale présentée par le sujet à la polysclérose sous l'influence d'une intoxication alcoolique, saturnine ou autre, ou sous l'influence de la sénilité, tels sont probablement les facteurs qui entrent en jeu pour favoriser cette évolution. »

2° *Hypertrophie*. — Nous nous dispenserons ici d'une longue discussion. Il suffit de se rappeler ce que nous avons dit en traitant l'anatomie pathologique. L'esprit n'a pas de peine à comprendre qu'un épaissement des parois accompagné de bourgeonnement, de végétations polypeuses du côté de la muqueuse, soit capable d'entraîner des phénomènes d'obstruction intestinale.

C. Dans quels cas la sténose prend-elle la forme

(1) *Thèse*, Lyon, 1899.

hypertrophique, ou la forme fibro-cicatricielle ? — Le bacille est porté dans l'intestin :

Soit par les ingesta,

Soit par la voie sanguine.

Dans le premier cas, il pénètre par la muqueuse, qui s'ulcère et quand la cicatrisation se produit, commence la sténose.

Dans le second cas, au contraire, le bacille charrié par le sang arrive par la profondeur dans la sous-séreuse, dans la sous-muqueuse, et les phénomènes d'occlusion sont dus à la tuméfaction considérable des parois, aboutissant à la déformation de la lumière intestinale. Ces faits, étudiés par Tchistowich, ont été établis expérimentalement par Cadéac.

SYMPTOMES

Nous avons étudié les formes anatomo-pathologiques des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. Nous avons établi quels étaient, par ordre de fréquence, les points de l'intestin qui sont le plus souvent atteints. Ne perdant pas de vue que bientôt, en face d'un malade atteint de rétrécissement du grêle, nous aurons à diagnostiquer la lésion, — son siège, — sa forme, — nous nous proposons de nous conformer, en traitant des symptômes, au plan que nous aurons à suivre pour le diagnostic. Nous étudierons donc :

1^o Les symptômes de la sténose du grêle.

2^o Les variétés cliniques suivant et le siège suivant la forme.

A. SYMPTÔMES DE LA STÉNOSE DU GRÊLE

1^o **Mode de début.** — L'affection s'installe ou d'une façon insidieuse, ou brusquement.

2). *D'une façon insidieuse* : c'est le cas le plus fréquent. L'individu est ou n'est pas tuberculeux. Il accuse sim-

plement des troubles digestifs, mais il n'a pas de véritables douleurs. Bientôt le malade se plaint de pesanteur dans le ventre, puis apparaissent quelques douleurs diffuses, inconstantes, presque toujours très minimales (Obs. 16) et s'exagérant après les repas. Un peu plus tard, la douleur devient continue, elle est sourde, gravative, localisée davantage au point lésé, d'où elle s'irradie en divers sens. Il y a des rémissions, puis des exacerbations accompagnées de vomissements muqueux ou bilieux.

Du côté des selles, on observe des alternatives de diarrhée et de constipation. Parfois les matières sont sanguinolentes et le mélœna n'est pas un fait exceptionnel.

Tous ces symptômes sont vagues, ils peuvent être dénaturés par une entérite tuberculeuse diffuse, ou par une autre affection, une appendicite par exemple (Obs. 9 et 10).

β). *Début brusque*. — Un individu d'excellente santé en apparence est pris brusquement des symptômes d'une obstruction intestinale aiguë. L'affection avait évolué jusque-là silencieusement, car, en même temps que se formait la sténose, une portion de l'intestin située en amont, se dilatait, s'hypertrophiait, et cette hypertrophie compensatrice était capable de triompher de la résistance chaque jour croissante qui s'établissait en un point du tube intestinal.

Mais soit qu'un calcul soit venu obstruer inopinément l'orifice, soit que la musculuse hypertrophie ait été prise d'une sorte de spasme plus ou moins prolongé

(Peter) (1), le rétrécissement s'est révélé d'une façon bruyante et inattendue (Obs. 13, 52, 35, 50).

2° **Période d'état.** — *α*). *Signes fonctionnels.* — A cette période appartient un signe important, la *crise douloureuse*. La douleur qui, au début, était sourde, devient très intense. Elle n'est pas continue et procède par crises, véritables accès de coliques intestinales, qui correspondent à des contractions violentes de la musculuse, auxquelles s'ajoute probablement le tiraillement de l'orifice rétréci, par le passage du contenu intestinal. L'accès douloureux débute en un endroit fixe, toujours le même pour un même individu, et qui marque le siège de la lésion (Obs. 13). De là la douleur s'irradie vers l'abdomen. Cependant il peut arriver que le point initial soit un peu anormal comme dans l'observation 37 où le malade commençait toujours à souffrir dans le dos. Quelquefois aussi il n'y a aucune fixité dans la localisation initiale de la douleur.

Pendant l'accès le ventre devient dur, tendu, on y aperçoit souvent un remous produit par les contractions intestinales, phénomène dont le malade a parfaitement conscience.

La durée de ces crises varie de quelques secondes à plusieurs minutes. Leur fréquence n'est pas moins variable, et si on les voit se produire un grand nombre de fois par heure, elles peuvent aussi rester plusieurs jours sans apparaître.

Les écarts de régime (Obs. 29, 14), les émotions, la

(1) *Gaz. hôp.*, 1868, p. 589.

toux, les efforts, l'ingestion de boissons froides, la menstruation (Frank), le moindre attouchement sur l'abdomen peuvent les provoquer.

L'orage se termine en général par une évacuation de gaz et des selles abondantes, liquides ou pultacées semblables à de la purée de pois. Cependant il peut arriver que ce soit le contraire. C'est l'évacuation qui commence et la crise douloureuse suit. Ce fait indiquerait, pour Borchgrevink, une sténose du commencement du grêle (Obs. 12).

Notons que les crises deviennent de plus en plus fréquentes à mesure que la maladie s'avance.

La formation dans l'intestin d'une grande quantité de gaz est peut-être le phénomène qui tourmente le plus les malades. Il est aussi quelquefois la cause d'une perforation. Ces gaz sont le résultat de fermentations anormales qui se forment dans la partie dilatée de l'intestin, comme cela se passe dans la dilatation de l'estomac, consécutive à la sténose du pylore.

A ce phénomène se rattache un symptôme sur lequel König a particulièrement insisté. C'est l'apparition des *bruits musicaux* plus ou moins intenses, rappelant tantôt un borborygme, tantôt un pialement ou un sifflement prolongé, aisément perçu par l'entourage et coïncidant avec quelques coliques. Le bruit ainsi produit s'explique par le passage simultanément des gaz et des liquides au point sténosé, au moment des contractions intestinales. La plus ou moins grande intensité de ce bruit trouve sa raison dans la disposition des anses intestinales plus ou moins dilatées qui font l'effet d'un résonnateur.

En dehors des évacuations purée de pois qui terminent les crises douloureuses, il peut y avoir des selles demi-molles et même dures. Cela tient à ce que toutes les matières qui ont franchi le rétrécissement n'ont pas été complètement expulsées. Ce fait s'observe particulièrement quand le point rétréci siège très haut. On comprend, sans peine, que même dans ce cas, où les matières ont une certaine consistance, l'examen des selles ne fera en rien soupçonner l'existence de la filière étroite qu'elles ont traversée.

Il est un signe dont nous n'avons encore rien dit, et qui semblerait cependant s'imposer étant donné l'obstacle mécanique qui siège sur le canal intestinal. Il s'agit de la *constipation*. Nous dirons qu'elle est la règle générale, mais elle peut manquer.

En effet, l'observation d'Ossipowski (Obs. 70) est remarquable par le fait que le malade n'avait aucune difficulté à aller à la selle. Cela peut tenir à ce que les matières accumulées dans la partie dilatée en amont de l'obstacle, sont liquéfiées par une sécrétion morbide. Elles traversent alors plus facilement le passage étroit et parviennent dans la portion de l'intestin située en aval. Puis elles reprennent leur forme et leur consistance normales, en cheminant sans encombre jusqu'au rectum d'où elles sont expulsées comme un bol fécal ordinaire.

Parfois aussi, au lieu de constipation, on a une diarrhée abondante (Obs. 67, 66, 49, 19). Cela se voit surtout dans la forme cicatricielle.

Notons enfin : 1° des vomissements muqueux ou

bilieux, qui au moment des crises entéralgiques deviennent parfois fécaloïdes ; 2° des vomissements alimentaires apparaissant en général longtemps après les repas. Peut-être avons-nous affaire dans ce cas à un estomac dilaté (Obs. 3) comme Bouchard l'a signalé dans la typhlite commune.

6). *Signes physiques.* — a). *Inspection.* — Le ventre est le plus souvent *ballonné*, phénomène n'existant tout d'abord qu'au moment des accès douloureux, mais qui finit par devenir permanent. Cependant dans les formes très pénibles, le ballonnement fait défaut, la paroi abdominale étant au contraire rétractée. Il n'y a pas de circulation collatérale.

Quand le malade est en état de crise douloureuse, on observe un signe presque pathognomonique auquel on a donné le nom de *péristaltisme intestinal*.

Déjà indiqué par Corbin (1) et bien étudié par S. Fenwick (2), ce phénomène, d'autant plus visible que la paroi est plus mince, consiste en une série de mouvements de l'intestin, de contractions de la couche musculuse hypertrophiée, qui se manifestent extérieurement par des ondulations d'intensité différente, de la paroi abdominale. Suivant l'heureuse comparaison de König, on dirait qu'un serpent est enfermé dans le ventre. La simple palpation de l'abdomen suffit parfois à provoquer ces mouvements.

Le péristaltisme s'accompagne ordinairement de

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIV.

(2) *Lancet*, january 3, 1885.

douleurs vives, cependant il est des malades qui ne souffrent aucunement. Le cas de Cotterill en est un exemple.

Ce symptôme a une très grande valeur diagnostique mais il doit remplir les trois conditions suivantes :

1° Être localisé. Le point où s'arrête l'ondulation marque alors souvent le siège à peu près exact du rétrécissement. Quand il se généralise à tout l'abdomen il perd toute sa valeur.

2° Siéger dans le voisinage ou au-dessous de l'ombilic.

3° Il faut que les contractions péristaltiques se fassent dans la direction que suit normalement le contenu intestinal.

Nous verrons, au chapitre Diagnostic, comment on différencie le péristaltisme de l'intestin grêle du péristaltisme gastrique et colique.

b). *Percussion*. — Le ventre présente le plus souvent un tympanisme *localisé*, dû à la distension gazeuse de l'intestin, en amont de la structure. C'est un signe analogue au signe de Wahl dans l'occlusion intestinale aiguë. Cette distension est surtout considérable quand la portion distendue est resserrée entre deux étranglements. Remarquons que c'est la localisation du tympanisme qui permet de penser à l'existence d'une sténose.

S'il était généralisé, au contraire, ce serait l'indice d'un peu de réaction péritonéale, à moins qu'il ne s'agisse d'une hypertension gazeuse intéressant uniformément tout l'intestin, mais dans ce dernier cas il perd sa valeur diagnostique.

Nous avons dit plus haut que dans les formes très douloureuses, le ventre était dur et rétracté. Le tympanisme fait alors évidemment défaut.

Au niveau de la sténose, surtout quand il s'agit de la variété hypertrophique, la percussion dénote de la matité.

c). *Palpation.* — Pour qu'elle soit fructueuse, on aura soin :

1^o De vider l'intestin par un laxatif.

2^o D'explorer en dehors de toute crise douloureuse, après avoir mis le malade au repos au lit pendant quelques jours.

Si la paroi était contracturée on pourrait employer le sommeil chloroformique.

La palpation permet alors de sentir du gargouillement, en même temps que l'oreille perçoit un léger bruit de *clapotage*, analogue à celui qu'on observe dans la dilatation de l'estomac. Ce bruit indique la présence d'une poche intestinale volumineuse et contenant des liquides et des gaz.

En déprimant la paroi abdominale, on peut ne pas sentir la sténose, surtout s'il s'agit de la forme cicatricielle. Mais souvent on découvre, plus ou moins profondément, une *tumeur*.

Au début cette tumeur a des limites assez nettes. Elle est dure, nodulée, oblongue, mobile, indépendante de la paroi abdominale et des organes voisins. Lors des crises douloureuses elle augmente de volume. Plus tard, elle est entourée d'une zone diffuse d'empâtement, simulant un néoplasme péritonéal. Elle paraît moins mobile

par suite d'adhérence avec la vessie ou d'autres anses intestinales, résultat d'une réaction péritonéale.

d). *Signes généraux*. — Une lésion qui crée un obstacle aux fonctions normales de la digestion et qui de plus est bacillaire, doit retentir doublement sur l'état général. Aussi la situation des malades est-elle précaire. Le visage est jaune cireux, parfois subictérique (Billroth). L'*amaigrissement* et l'*anémie* sont considérables et aboutissent rapidement à la cachexie. Les masses musculaires s'atrophient, l'asthénie devient complète.

Il est rare que les choses se passent autrement la malade étant d'une part en proie à l'infection bacillaire et d'autre part ne s'alimentant pas. Cependant il existe quelques rares exemples où l'état général restait satisfaisant. (Obs. 2, 13, 70.)

Le malade ne mange pas, soit que l'anorexie si fréquente dans la bacilliose lui inspire le dégoût complet des aliments, soit qu'il se soumette de sa propre volonté à une diète entêtée, l'expérience lui ayant appris que l'alimentation redoublait la fréquence et l'intensité de ses douleurs.

L'absorption de leucomaines résultant des fermentations anormales de l'intestin produit enfin une intoxication profonde, une stercorémie qui est le stade ultime de l'affection. Cette intoxication explique certains phénomènes d'origine réflexe comme la tétanie que présentait le malade qui fait l'objet de l'observation 2 due à Bernay.

Les fermentations anormales se traduisent par l'existence d'indican dans l'urine.

Enfin le thermomètre dénote chez ces malades, mais

d'une façon inconstante et seulement à l'occasion des poussées aiguës, une température qui dépasse rarement 39°.

3° Marche et terminaison. — L'affection est essentiellement chronique, dix, quinze ans (Margarucci), et son évolution est progressive. La lésion est définitive, on ne peut concevoir en effet une rétrocession de la coarctation cicatricielle.

Peut-être, dans la forme hypertrophique, l'apaisement du processus inflammatoire pourrait-il atténuer un instant les phénomènes de sténose, mais nous n'avons pas la preuve matérielle de cette assertion.

Si un traitement approprié ne vient pas lever l'obstacle et remonter l'état général du sujet, la mort survient fatalement. Elle est le fait soit de la cachexie, soit d'une complication.

La cachexie peut être hâtée par l'évolution plus rapide d'une bacillose pulmonaire préexistante.

Lorsque la mort survient par le fait d'une complication, il s'agit, le plus souvent, d'une péritonite par perforation, d'un accès d'occlusion intestinale aiguë ou d'une bacillose pulmonaire, péritonéale ou méningée.

Il nous reste à signaler d'autres complications non immédiatement mortelles, mais qui chez un sujet déjà délabré apportent leur contingent de gravité. Ce sont d'abord toutes les localisations possibles de la bacillose, puis des fistules stercorales pouvant causer des phlegmons de la paroi abdominale, puis des péritonites localisées. Ce sont enfin des hémorragies intestinales.

B. VARIÉTÉS CLINIQUES

1° *Suivant le siège.* — Le siège influant peu sur la symptomatologie générale des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle, nous n'aurons à indiquer que quelques particularités utiles pour le diagnostic.

D'après Barlow et Golding Bird, la quantité d'urine excrétée diminue d'une façon d'autant plus marquée que l'obstacle siège plus près du pylore. Mais ce fait est contesté par Habershorn qui pense au contraire que c'est le degré d'étroitesse du rétrécissement qui influe sur ce trouble de la sécrétion urinaire.

Pour Borchgrevinck (1) quand le rétrécissement siège à la partie supérieure de l'intestin grêle, les crises douloureuses suivent les évacuations alvines au lieu de les précéder. Pantaloni insiste sur ce fait que les douleurs sont moins vives lorsque la stricture siège à la partie inférieure de l'iléon, ce qui tiendrait à ce que le volume des matières alimentaires a eu le temps d'être très diminué par l'absorption intestinale lorsqu'il arrive au point sténosé.

Enfin, lorsque c'est la valvule iléo-cæcale qui est prise, c'est dans la fosse iliaque droite que la palpation révèle l'existence d'une tumeur.

2° *Suivant la forme.* — La *forme cicatricielle* est généralement précédée par le cortège symptomatique de

(1) *Loco citato.*

l'entérite tuberculeuse. C'est alors l'apparition des douleurs abdominales intermittentes, et des ondulations péristaltiques, qui fait penser à la sténose. Les diarrhées seront plus abondantes que dans la forme hypertrophique, elles contiendront parfois du sang, ce que fait prévoir la coexistence d'ulcérations nombreuses.

Si l'hémorragie qui se fait au niveau de ces ulcérations est assez abondante, le sang stagne en amont du rétrécissement et l'on a le melæna. C'est aussi dans cette forme qu'il faut redouter le plus les perforations intestinales, qui se font surtout au-dessus de la sténose.

Cependant Corbin rapporte 2 cas où elle s'était faite au-dessous.

Borchgrevink qui a bien étudié la marche de la sténose tuberculeuse à forme cicatricielle, a montré qu'on pouvait y distinguer nettement 4 périodes :

- 1° Un stade prodromique marqué par de la diarrhée.
- 2° Un stade d'évolution sténosante avec hypertrophie compensatrice du canal intestinal et des crises de coliques.
- 3° Un stade d'atonie de l'intestin.
- 4° Une période terminale d'anémie.

Dans la *forme hypertrophique*, c'est la constipation suivie de débâcles, qui dominera. L'évolution sera plus torpide, les crises moins douloureuses (?) les phénomènes généraux moins intenses, l'affection étant le plus souvent primitive.

La dilatation avec hypertrophie des tuniques, que nous avons décrite en amont du point rétréci, manque souvent.

Il faut rappeler enfin qu'il y a des *formes latentes* (Lange)(1) qui pendant la vie n'ont donné lieu à aucun trouble fonctionnel et ont été une surprise d'autopsie.

(1) *Mémorabilien*, n° 6, 1871.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic complet d'un rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle, est parfois difficile et toujours délicat. Nous allons cependant essayer, en progressant méthodiquement, d'arriver à la solution du problème.

Nous supposons donc que nous sommes en face d'un malade atteint de certains troubles qui indiquent une gêne dans la libre circulation du tube digestif, et nous nous poserons les questions suivantes :

A. Y a-t-il sténose ?

B. A quelle portion du tube digestif appartient-elle ?

C. Quelle en est la nature ?

Quand nous saurons que nous avons bien affaire à une *sténose*, appartenant à l'*intestin grêle* et de *nature tuberculeuse*, nous chercherons à en préciser :

D. Le siège.

E. La forme.

A. — Y A-T-IL STÉNOSE ?

Nous avons vu au chapitre précédent que les malades se présentaient à nous avec des symptômes d'obstruction soit *aiguë*, soit *chronique*, chronique le plus souvent.

1° *Aiguë*, ou du moins s'étant manifestée brusquement, elle peut être le fait d'une *parésie intestinale réflexe*. Les communications (1) de Lejars, de Quenu, de Brun, de Potherat et de Broca ont, en effet, attiré l'attention sur l'apparition brusque de phénomènes d'occlusion intestinale dans les péritonites, et principalement dans les péritonites tuberculeuses.

Il est avéré que l'hystérie a pu produire aussi les mêmes résultats. L'anesthésie chloroformique pourra révéler la parésie intestinale hystérique. Quant à celle qu'on observe dans les péritonites c'est le plus souvent à la laparotomie qu'on fera le diagnostic.

2° *Chronique*. — Chez un sujet atteint de constipation rebelle, surtout si l'on a affaire à une femme, on pensera à une simple *coprostase*. On trouvera alors dans le côlon, l'S iliaque et le rectum un amas souvent considérable de matières fécales dures, amas qui manque en général dans le rétrécissement du grêle, même dans les cas où ce rétrécissement se manifeste par de la constipation (Galliard) (2). La poche dilatée et les mouvements péristaltiques localisés feront défaut. Le météorisme, s'il existe, sera plus diffus. Enfin un purgatif lèverait au besoin l'obstacle.

Les *calculs biliaires* et les *entérolithes* peuvent être cause d'obstruction, soit par leur volume, soit par leur agglomération (Naunyn). Le diagnostic sera d'autant

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, séances des 23 et 30 novembre et du 7 décembre 1898.

(2) *Médecine moderne*, 1896, p. 738.

plus difficile que l'obstruction est parfois le premier phénomène d'une lithiasé biliaire jusque-là méconnue.

Au cours des péritonites tuberculeuses, ou consécutivement à elles, Lejars (1) a décrit trois causes d'obstruction intestinale : étranglement par brides fibreuses, — coudure de l'intestin par adhérence, — agglutination en paquet d'une série d'anses se comprimant entre elles.

Mais dans ces différents cas, ce seront les vomissements alimentaires, fécaloïdes, qui domineront, alors que les crises entéralgiques seront relativement rares. La percussion donnera un météorisme plus diffus et la palpation dénotera la présence de gâteaux péritonéaux, d'ascite, signes en faveur d'une péritonite tuberculeuse. On n'aura pas de clapotage ni d'ondes péristaltiques.

D'après l'état général et les antécédents, on reconnaîtra l'*invagination chronique*. C'est plutôt une affection de l'enfance ou du début de l'âge mûr. Les troubles de la défécation ne sont pas aussi fréquents que dans la tuberculose. Le météorisme manque presque toujours (Trèves). Notons d'ailleurs que l'invagination avec élimination complète du bout invaginé produit une cicatrice qui peut aboutir à une coarctation plus ou moins serrée.

L'invagination peut siéger sur les diverticules de Meckel ou sur les diverticules *péri-vatériens* sur lesquels Letulle (2) a attiré l'attention. Mais c'est un diagnostic qui se fera plutôt de visu.

(1) *Gaz. hôp.*, 1891, p. 305.

(2) *Presse médicale*, 11 janvier 1899.

Les *tumeurs abdominales* de quelque nature qu'elles soient peuvent comprimer la paroi intestinale et produire des phénomènes d'obstruction. Souvent c'est un rein déplacé ou un kyste de l'ovaire, une vésicule biliaire, une adénopathie mésentérique. Mais, outre qu'il est rare qu'une de ces tumeurs produise l'obstruction, un examen attentif des signes physiques et des symptômes particuliers à chaque affection permettra de les reconnaître.

Maintenant nous savons que notre malade est bien atteint de sténose, caractérisée : par des mouvements péristaltiques, avec crises douloureuses, par une poche, qui clapote, par un tympanisme localisé, par des bruits musicaux. Mais :

B. — A QUELLE PORTION DU TUBE DIGESTIF APPARTIENT
LA STÉNOSE ?

L'étude du clapotage et de l'onde péristaltique localisée sera d'un grand secours. Si ce dernier signe n'existait pas au moment de l'examen du malade, il faudrait tâcher de le provoquer par une malaxation légère de l'abdomen.

De ces deux signes il faudra noter le siège.

Le péristaltisme gastrique se traduit par de la tension au creux épigastrique et des ondes partant de la région splénique pour venir mourir sous le rebord des fausses côtes droites.

Le péristaltisme du gros intestin est dirigé de la région cæcale vers le côlon dont il suit le trajet.

Le péristaltisme de l'intestin grêle siège dans le voisinage ou *au-dessous* de l'ombilic.

Dans le premier cas, on aura affaire à une dilatation de l'estomac par rétrécissement pylorique ; l'insufflation montrera que le clapotage se passe bien dans cet organe.

Dans le deuxième cas, on aura un rétrécissement du côlon, l'insufflation, l'injection d'eau, éclaireront le diagnostic.

C'est enfin dans le troisième cas seulement qu'on pourra dire : rétrécissement de l'intestin grêle.

Si la palpation permet de sentir la tumeur, on notera son siège, sa mobilité, sa disposition. La trouve-t-on peu mobile dans la fosse iliaque, nous aurons de grandes chances pour qu'elle appartienne à la portion iléo-cæcale. En effet, sur 17 cas, Sachs a trouvé qu'il s'agissait :

De la portion iléo-cæcale. 13 fois.

Du côlon ascendant. 2 fois.

De l'intestin grêle. 2 fois.

Si la tumeur est très mobile, elle peut appartenir à l'intestin grêle, au côlon transverse, dans ce dernier cas elle sera souvent transversalement dirigée.

C. — QUELLE EN EST LA NATURE ?

Nous éliminerons rapidement l'idée de *sténose congénitale* (Wickham Legg (1), Gibert) (2). En général cette affection s'accompagne d'autres malformations et on la retrouve souvent chez plusieurs membres de la même

(1) *Transaction of the path. Soc. of London*, 1870.

(2) *Trans. of the internat. med. cong.*, 1881, vol. II.

famille. Si le malade a reçu antérieurement un coup violent sur l'abdomen, on pensera à un *rétrécissement traumatique* consécutif à la cicatrisation d'une déchirure intestinale, laquelle peut exister indépendamment de toute plaie visible de l'abdomen (Longuet). Si l'accident était récent on penserait plutôt à un spasme qu'à une cicatrice (Gueytat) (1).

On examinera aussi les orifices herniaires. Si le malade dit avoir présenté une hernie étranglée réduite par le taxis ou même opérée, on se demandera s'il ne s'agit pas de réduction en masse, ou de nécrose de la muqueuse laissant une ulcération dont la cicatrisation aurait conduit à la sténose. Garré (2) le premier décrit la sténose intestinale comme une des complications éloignées (de quelques jours à un an ou plus) de l'étranglement herniaire. Ravault (3) rapporte un cas de double sténose cicatricielle de l'intestin grêle, le malade avait été opéré plusieurs années auparavant, de hernie étranglée.

Alors seulement nous songerons à incriminer la tuberculose, en nous reposant sur les faits suivants :

1^o Le malade sera rarement un vieillard, le plus souvent un adolescent ou un adulte ;

2^o Évolution chronique de la maladie, qui se poursuit pendant 10, 15 ans (Margarucci) avec des accalmies, des exacerbations, et se termine par la cachexie ;

(1) Thèse, Lyon, 1899.

(2) *Beitrag zur klin. Chir.*, Bd. IX.

(3) *Bull. Soc. anat.* Paris, 5, série IV.

3° Constatation d'un autre foyer bacillaire surtout au poumon;

4° Présence d'un peu de sang dans les selles;

5° Si le malade a été soigné pendant son enfance pour une péritonite bacillaire, on aura là une probabilité de plus en faveur de la tuberculose;

6° Recherche des bacilles dans les selles, qui malgré sa difficulté pourra donner un résultat positif.

Nous pensons que l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic (Obs. 34) doit être banni.

Mais toutes les variétés d'ulcérations intestinales peuvent simuler la sténose tuberculeuse, dans sa forme cicatricielle; toutes les néoplasies peuvent la simuler dans sa forme hypertrophique. Nothnagel et Galliard ont insisté sur le nombre considérable d'espèces d'ulcérations intestinales.

Les ulcérations *syphilitiques* sont celles qui aboutissent le plus fréquemment à la stricture. Néanmoins elles sont rares dans l'intestin grêle, et siègeraient de préférence près du pylore (Rieder (1), Durante). — Les antécédents, la recherche attentive des stigmates spécifiques, et l'absence de signes permettant d'affirmer la tuberculose, seront les éléments de diagnostic.

La sténose syphilitique n'est pas toujours le fait d'une ulcération; elle est due parfois à la production de tissu conjonctif nouveau dans la sous-muqueuse, et plus tard dans les autres tuniques (2). Nous sommes frappé de

(1) *Annual of universal med. Sciences*, vol. I.

(2) SENN. *Journ. am. med. Ass.*, 1898.

l'analogie qui existe entre cette forme de sténose spécifique et la forme tuberculeuse hypertrophique.

La cicatrisation d'ulcérations *typhiques* est rarement une cause de rétrécissement. Trèves n'en a trouvé qu'un seul cas qui soit bien authentique. La raison, dit Senn, c'est que les ulcérations typhiques se réparent rapidement avec le minimum de tissu conjonctif nouveau, tandis que dans la tuberculose la réparation se fait par une abondance de tissu conjonctif qui conduit à la rétraction cicatricielle. En général il faut retenir que le rétrécissement d'origine typhique siège surtout dans la dernière portion de l'iléon et que jamais les symptômes ne sont aussi marqués que dans la sténose tuberculeuse, l'ulcération primitive étant longitudinale et non circulaire.

Les coarctations cicatricielles *dysentériques* sont encore plus rares. Les ulcérations, nombreuses dans le gros intestin, ne dépassent pas, comme limite supérieure, la face cæcale de la valvule.

Il faudra songer aussi à la cicatrice d'un *ulcère simple du duodénum*, à la cicatrice d'une *ulcération thrombosique* (Cheyrou-Lagrèze) (1) ou à un rétrécissement fibreux simple résultant d'ulcérations banales à microbes non spécifiques (Dezanneau) (2). Mais dans ces deux derniers faits ce sera plutôt un diagnostic histologique que clinique.

Les néoplasies simulent la tuberculose dans sa forme

(1) *Thèse*, Paris, 1881.

(2) *Congrès français de chirurgie*, 1892.

hypertrophique. Rarement nous aurons affaire à un *sarcome*, qui aboutit plus souvent à la dilatation qu'à la stricture (Schmidt (1), Smoler) (2).

Plus fréquemment il s'agira d'un *carcinome*. — L'âge, la marche rapide (2 ou 3 ans au maximum) la teinte caractéristique, l'évolution fatalement progressive, sans accalmies, sans périodes de repos, seront les éléments de diagnostic. — Billroth (3) a signalé l'association de la tuberculose et du cancer colloïde dans la région iléo-cæcale avec tumeur et sténose.

Le *lymphadénome* intestinal se voit chez les sujets jeunes, et ne tarde pas à être suivi de généralisation. L'examen du sang donnera de précieux renseignements.

On reconnaîtra l'*actinomyose iléo-cæcale* à la présence d'une tumeur ligneuse, très peu douloureuse, ne provoquant ni fièvre ni engorgement ganglionnaire, chez un individu en contact avec des animaux malades. Plus tard la peau au niveau de la tumeur devient bleu ardoisé, dégradé du centre à la périphérie.

Quand les fistules seront formées le pus contiendra les grains jaunes caractéristiques:

Tel est le dédale où il faudra cheminer pour arriver au diagnostic.

(1) *Wiener klin. Wochens.*, 1898.

(2) *Prager med. Wochens.*, 1898.

(3) SALZER. *Arch. für klin. Chir.*, Bd. 3, XLIII.

D. — PEUT-ON PRÉCISER LE SIÈGE DE LA STÉNOSE
DE L'INTESTIN GRÊLE ?

Il n'existe que des probabilités. Nous les avons déjà indiquées en étudiant les symptômes (p. 38). Nous n'y insisterons donc pas ici. Nous pensons d'ailleurs que ce point n'a qu'une médiocre importance.

Une question qui se rapproche de la précédente est celle de savoir si la sténose est unique ou multiple.

Hofmeister croit qu'on n'a jamais pu diagnostiquer le nombre de strictures. Cependant dans nos observations 5 et 53 une hypothèse avait été émise à ce sujet.

E. — PEUT-ON EN RECONNAÎTRE LA FORME ?

Une entérite tuberculeuse antérieure, la coexistence d'une bacillose pulmonaire, une marche irrégulière présentant des périodes de repos, l'abondance de la diarrhée, la présence de temps en temps d'un peu de sang dans les selles et l'absence de tumeur bien nette, seront en faveur de la forme cicatricielle.

Au contraire, la constipation suivie de débâcles, une évolution plus torpide, la cachexie plus tardive, fera présumer qu'il s'agit de la forme hypertrophique.

PRONOSTIC

Une évolution progressive et lente, mais aboutissant invariablement à la cachexie et à la mort, évolution dont le cours peut être interrompu par une perforation intestinale ou une poussée de granulie, mortelle à brève échéance, voilà qui indique suffisamment quelle est la gravité de la maladie.

Devons-nous cependant abandonner les malades à eux-mêmes ? Devons-nous nous contenter d'une expectative déguisée ? Sommes-nous désarmés contre une telle lésion, et le pronostic en est-il fatal ?

Heureusement non. Et ce serait bien peu connaître la question qui nous occupe, que de conclure par notre impuissance.

Donc, le pronostic n'est pas fatal ; il n'est que réservé.

Il n'est pas fatal. — En effet, si le mot tuberculose ne laisse pas que d'être effrayant, il ne faut pas oublier que le tubercule sous toutes ses formes est capable de guérir. Ici, d'ailleurs, ne s'agit-il pas, suivant la juste remarque de Borchgrevink, d'un terrain doué d'une

résistance particulièrement énergique, puisque la stricture, au moins pour la forme cicatricielle, n'est que le résultat d'un processus curatif. Quant à la forme hypertrophique, nous avons vu que c'était une lésion atténuée, localisée, dont le pronostic, par conséquent, serait relativement bénin, si ce n'était l'obstacle mécanique, le rétrécissement, qui en résulte. Mais contre cet obstacle, la chirurgie a de sublimes ressources, qui nous permettent souvent de guérir les malades au lieu de les condamner.

Le pronostic n'est pas fatal, mais il est réservé. En effet, si la forme hypertrophique, parce qu'elle est le plus souvent primitive, donne les meilleurs résultats opératoires, la forme cicatricielle, qui est le plus souvent secondaire et toujours moins localisée, sera moins favorable. Il faudra aussi s'attendre à compter avec des lésions imprévues, que la laparotomie révélera, lésions dont l'étendue et la nature pourront forcer le chirurgien à abandonner la partie. (Obs. 9.)

Avant de formuler le pronostic, le médecin devra examiner attentivement les poumons de son malade, et tenir compte de l'état général. De cet examen découlera l'opportunité de l'intervention.

TRAITEMENT

La sténose, avons-nous dit, est une lésion *définitive* qui ne saurait régresser. Aussi nous n'espérerons rien du traitement médical en tant que *médication anti-scléreuse*. « Cette médication, dit M. Tuffier (1), me semble illusoire aussi bien pour prévenir que pour arrêter ou même pour atténuer une coarctation fibreuse ». Cependant nous serions injuste envers le traitement médical, si nous prétendions le rayer radicalement de notre programme. S'il est vrai qu'à lui seul il est impuissant à lutter contre la sténose, il n'en sera pas de même lorsqu'il marchera de pair avec le traitement chirurgical, dont il sera un précieux adjuvant.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

Que devons-nous donc lui demander ?

1° *De relever l'état général des malades*. — La première condition à remplir est de mettre l'individu au repos ; la seconde de régulariser les évacuations alvines.

(1) *Presse médicale*, 21 février 1900.

Pour ce faire, on soumettra d'abord le malade à un régime spécial. Une alimentation laissant peu de résidus s'impose. Le lait, les potages épais à la purée, les œufs, la pulpe ou la poudre de viande, les légumes en purée bien passée seront les aliments auxquels on donnera la préférence. Il faut éviter les substances qui favorisent la production de gaz dans l'intestin, et proscrire les fruits qui contiennent des noyaux ou des pépins susceptibles d'être avalés; ceux-ci pourraient en effet oblitérer l'orifice de la sténose, et donner lieu à un accès aigu d'obstruction intestinale.

Les laxatifs rendront des services si la constipation est marquée, mais il faudra se montrer très prudent dans l'administration des purgatifs et parmi eux proscrire totalement les drastiques. Outre que ces derniers pourraient donner lieu à des contractions intestinales douloureuses, ils seraient capables de provoquer des perforations intestinales, avec le pronostic qui les accompagne, perforations toujours en imminence dans un intestin tuberculeux rétréci. Cependant, si le besoin d'administrer un purgatif se faisait sentir, on donnerait la préférence aux purgatifs huileux.

Dans les formes cicatricielles, avec diarrhée abondante, on aura recours aux astringents pris en lavements. Le bismuth, le talc, le nitrate d'argent, rendront des services, mais nous rappelons combien cette diarrhée due à l'entérite bacillaire est parfois difficile à dominer.

A la période d'atonie de l'intestin, on sera autorisé à pratiquer de légers massages de l'abdomen, à la condition que ce massage ne fasse pas naître les crises dou-

loureuses dont nous avons longuement parlé. Les purgatifs huileux prescrits avec précaution et intelligence rendront aussi des services, en provoquant les contractions intestinales. Le purgatif deviendra en l'occasion la digitale de l'intestin.

2° *Il faudra calmer les malades*, soit en réprimant les contractions douloureuses, par les antispasmodiques, belladone, jusquiame, soit par les narcotiques, la morphine en injections hypodermiques à la dose de 1/2 ou 1 centigramme, ou par de simples cataplasmes laudanisés.

3° *Surveiller attentivement le péritoine*. Un facies légèrement grippé, un pouls fuyant sous le doigt, rapide, mal frappé; un météorisme diffus avec sensibilité vive du ventre, réclameront l'application de sachets de glace. Les injections de sérum artificiel rendront aussi de grands services, en relevant la tension sanguine, en favorisant la diurèse et surtout en diluant les toxines accumulées dans l'organisme.

4° Il nous sera plus difficile de lutter contre le processus tuberculeux. En effet, la suralimentation sera presque impossible avant l'opération, chez un sujet dont les voies digestives sont dans un si triste état. On tâchera d'y suppléer mais combien moins efficacement, par des lavements nutritifs.

Ici, nous proscrivons entièrement la médication anti-tuberculeuse par la créosote, qui n'aurait pour effet que d'ajouter quelque chose de plus au dérèglement des fonctions digestives. La tendance bien légitime, surtout en matière de tuberculose, à se laisser entraîner par les

idées nouvelles, et aussi, les quelques succès que nous avons pu constater, nous font recommander les injections hypodermiques de cacodylate de soude, à la dose de 10 centigrammes par jour.

Enfin le grand air, les climats d'altitude modérée, une hygiène rigoureuse, ne compteront pas pour une médiocre part dans le succès du traitement chirurgical dont nous allons parler.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° *Opportunité du traitement.* — « Je crois, dit M. Tuffier, que la nécessité de l'intervention opératoire est aujourd'hui admise par tout le monde comme le seul moyen de sauver la vie des malades compromise à plus ou moins bref délai. » Il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'opérer des malades arrivés à la phase ultime de la cachexie, malades dont les poumons remplis de bacilles offrent un excellent milieu de culture intensive à la flore microbienne et sont un laboratoire où se fabriquent les pires toxines. Ces malades ne supporteraient pas les frais d'une opération. Mais, en dehors de ces cas, il faut intervenir :

- 1° Parce que l'opération n'est pas dangereuse ;
- 2° Parce qu'elle éclaire le diagnostic ;
- 3° Parce qu'elle peut guérir le malade.

L'opération n'est pas dangereuse en tant qu'opération, grâce à une antisepsie ou mieux à une asepsie rigoureuse. Mais n'est-il pas à craindre que cette intervention ne provoque une tuberculisation généralisée, chez un sujet

indemne de bacillose pulmonaire, ou ne détermine des poussées aiguës, dans un poumon déjà tuberculeux?

« Eh bien, dit M. Tuffier, je ne pense pas que pareille crainte doive nous arrêter. Je prétends que, sauf, bien entendu, les cas de tuberculose pulmonaire désespérée, toutes les indications opératoires sont du côté de la sténose intestinale, en raison même de l'influence qu'elle exerce sur l'état général et par là sur l'état des poumons; que la suppression des troubles digestifs, en permettant rapidement le relèvement de l'organisme, ne peut que retarder l'évolution des foyers pulmonaires; que les poussées aiguës post-opératoires du côté des poumons sont, d'ailleurs, moins fréquentes qu'on ne le pense; qu'en tous cas il est possible de les enrayer et, le plus souvent, de les prévenir. C'est ici précisément que le traitement médical nous rendra les plus grands services. »

Pour Galliard (1), il ne faudrait armer la main du chirurgien, que si l'on peut attribuer à une tuberculose fibreuse *localisée* la sténose intestinale. Nous pensons que ce serait faire preuve d'une timidité préjudiciable aux malades, que de restreindre ainsi à quelques cas, le traitement chirurgical. Il est évident que la tuberculose intestinale, bien localisée, comporte les plus grandes chances de succès, mais ne voyons-nous pas que d'excellents résultats ont été obtenus dans des cas où les lésions ulcératives ou néoplasiques étaient secondaires,

(1) *Médecine moderne*, Paris, 1896, VII, 73-739.

étendues et en pleine activité. Il faudra donc opérer tout rétrécissement qui semble, par son unique existence, retentir fâcheusement sur l'économie tout entière.

2° *Quand doit-on opérer?* — Il est évident qu'en cas d'urgence extrême, lorsque le malade présente par exemple des accidents d'occlusion intestinale aiguë qui mettent à bref délai sa vie en danger, il n'y a pas à hésiter, l'intervention s'impose, immédiate, comme lorsqu'il s'agit de hernie étranglée. « Mais en dehors de ces cas, je suis d'avis qu'il faut toujours opérer *à froid*, pendant les périodes d'accalmie, alors que bien reposé et bien préparé par un traitement médical approprié, le malade se présente dans les meilleures conditions pour résister à une opération toujours longue. Tuffier ».

Nous avons vu que les poussées aiguës post-opératoires de tuberculose pulmonaire ne sont pas si fréquentes qu'on a bien voulu le dire. La bacillose du poumon ne constituera donc pas une contre-indication. Mais il faut convenir que les chances de guérison seront d'autant plus nombreuses que les lésions pulmonaires seront plus discrètes et plus torpides. La fièvre est en effet toujours d'un sérieux augure en matière de tuberculose. Assurément aussi, quand les lésions pulmonaires sont très avancées, quand le malade est sur le bord de la tombe, le traitement chirurgical est contre-indiqué. Il en est de même, lorsque de longues suppurations ont épuisé totalement le sujet, et en ont fait un cachectique.

3° *Soins ante-opératoires.* — Nous avons vu comment on pouvait, par le traitement médical, relever l'état général des malades. Lorsque l'opération aura été décidée,

il faudra redoubler de soins. Les stimulants, les toniques, les lavements alimentaires, les injections d'eau salée stérilisée sous la peau seront donnés largâ manû. La caféine, la digitaline, la strychnine (Matas) rendront de précieux services.

Il faudra tarir les sécrétions bronchiques afin d'éviter des broncho-pneumonies post-anesthésiques, qui, suivant la remarque de M. Bouveret, atteignent si souvent les opérés du tractus gastro-intestinal. On s'efforcera de calmer le flux diarrhéique, on tentera l'antisepsie intestinale par des lavages appropriés.

Lorsqu'on transportera enfin les malades sur la table d'opération, on connaîtra exactement l'état de ses poumons, de ses ganglions, de ses urines.

Mode opératoire. — Pour aborder les lésions, on aura recours à la *laparotomie médiane*. Cependant lorsque l'examen aura permis de localiser nettement la tumeur dans l'une des fosses iliaques, c'est la *laparotomie latérale* qui semble indiquée.

Le ventre ouvert, on procèdera à la recherche du ou des rétrécissements.

Lorsqu'il existe une poche dilatée en amont du point rétréci, cette poche vient le plus souvent faire hernie dans la plaie et indique exactement où se trouve la sténose. Si celle-ci est serrée et si sa présence seule permet d'expliquer l'intensité des phénomènes d'obstruction, on ne cherchera pas davantage, car il est prudent en effet de malaxer l'intestin aussi peu que possible.

Mais si la poche dilatée fait défaut, si la stricture n'est pas découverte du premier coup, on sera obligé

de dévider peu à peu dans la plaie, tout l'intestin. C'est une complication impossible alors à éviter, mais regrettable, car elle peut faire courir au malade des dangers, et elle l'expose davantage au shock opératoire consécutif. Cette exploration sera faite avec une prudence extrême et l'asepsie la plus rigoureuse. On rompra, on liera les adhérences au fur et à mesure qu'elles se présenteront; on oblitérera soigneusement les déchirures s'il y a lieu. Si l'on a affaire à des rétrécissements multiples; on pourra, si les rétrécissements sont très espacés, pratiquer, en 2 points différents, une double résection, comprenant chacune une ou plusieurs strictures, ou, s'ils sont rapprochés, une seule résection plus étendue. Kœberlé a ainsi enlevé avec succès 2 mètres d'intestin grêle. Mais on imagine facilement une dissémination des strictures telle que toute cure soit impossible. On refermera le ventre : la laparotomie restera exploratrice.

Si le chirurgien, appelé d'urgence, suppose le malade incapable, en raison de son mauvais état général, de subir la résection ou l'entéro-anastomose, il se bornera à créer un anus contre nature qui fera disparaître les accidents d'occlusion. Plus tard, lorsque le traitement médical aura amélioré l'état du sujet, on pensera à une opération plus radicale, celle-là n'étant que palliative.

Opérations radicales. — Lorsqu'on a affaire à une sténose franchement cicatricielle, Senn (1) recommande le procédé que Heineke-Mickulicz ont employé pour les sté-

(1) *Journal of Am. med. Ass.* Chicago, 1898.

noses du pylore. Péan (1), puis Allingham (2) ont attiré l'attention sur cette méthode pour l'orifice iléo-cæcal et pour l'intestin grêle (entéroplastie). L'intestin sera fendu sur la cicatrice sténosante, parallèlement au grand axe, en empiétant beaucoup sur les tissus sains. On fermera ensuite l'ouverture transversalement. Cette méthode n'est applicable qu'à la condition de s'adresser à une stricture dont le processus tuberculeux est tout à fait éteint, cicatrisé, et non accompagnée d'ulcérations voisines en évolution. Cette opération trouvera donc rarement son indication.

Entéro-anastomose. — On la pratique avec ou sans exclusion intestinale.

L'exclusion intestinale a pour but de détourner le cours des matières fécales et de les empêcher de passer par la portion intestinale rétrécie. Elle est partielle ou totale.

a) Partielle : (procédé de Hochenegg de Vienne). On sectionne l'iléon en amont de la tumeur et on l'implante sur le côlon transverse ou sur le côlon ascendant, suivant l'étendue des lésions. Quant à l'extrémité de l'iléon qui tient au cæcum, on la ferme en cul-de-sac et on la laisse dégénérer. Ce diverticule, en communication par une de ses extrémités avec le gros intestin, ne tarde pas à s'atrophier. On n'aurait pas à craindre l'accumulation de matière fécale dans cet appendice gigantesque, le

(1) *Acad. de méd.*, 30 décembre 1890.

(2) *Lancet*, 1894, t. I, p. 1551.

contenu du grêle employant d'une façon constante la nouvelle voie plus large et plus courte qui lui est offerte.

b) Totale : Elle consiste à sectionner l'intestin en amont et en aval des lésions, puis à invaginer les deux orifices de la portion qu'on a ainsi isolée. La continuité de l'intestin sera rétablie par l'anastomose latérale. Il semble qu'il est au moins inutile sinon dangereux de laisser ainsi dans le ventre une cavité close, et il devient « singulièrement complexe d'avoir recours, comme l'a proposé Salzer, à une fistule en connexion avec la partie exclue. »

c) Jaboulay donne la préférence à l'entéro-anastomose habituelle, sans exclusion, faite avec le bouton de Murphy, et pense qu'il est rarement utile d'avoir recours à la résection.

d) M. Tuffier est loin de partager cet avis : « Je ne puis accorder, dit-il, à l'entéro-anastomose seule, avec ou sans exclusion de l'anse intestinale, la valeur curative qu'on lui a attribuée, au moins dans les cas de *sténose hypertrophique*. Il ne faut pas oublier en effet que si, à la rigueur, on peut se contenter d'une entéro-anastomose pour les *sténoses cicatricielles* qui sont des lésions *guéries*, il n'en est pas de même des *sténoses hypertrophiques*, qui sont des lésions en *voie d'évolution*, et qu'il faut par conséquent supprimer sous peine de voir cette évolution se continuer, non seulement sur l'intestin, mais encore du côté du péritoine et des ganglions mésentériques voisins. »

Résection intestinale. — C'est l'opération qui donnera

les meilleurs résultats, spécialement, nous le répétons, quand on aura affaire à une sténose hypertrophique.

Dans la moitié des cas on devra faire une résection iléo-colique ; en effet on se rappelle que les sténoses hypertrophiques du grêle, celles qui donnent le plus souvent lieu à une intervention, se rencontrent à peu près constamment au voisinage de la valvule de Bauhin. Il faut réséquer *largement*, au moins sur l'intestin grêle, loin des limites du mal, en tissu sain, là où font défaut ces granulations tuberculeuses qu'on rencontre si fréquemment sur la séreuse intestinale au voisinage du rétrécissement.

Mode d'anastomose. — M. Tuffier donne la préférence à l'entéro-anastomose latérale en « canon de fusil » pratiquée à l'aide de sutures. « Je repousse, dit-il, le bouton de Murphy qui, sans doute, permet d'aller plus vite, mais dont l'évacuation n'est pas toujours certaine, et qui, malgré tout ce qu'on en a dit, m'inspire moins de confiance au point de vue de la solidité de l'anastomose, qu'une suture bien faite. L'anastomose latérale me semble plus indiquée ici que la terminale, parce qu'elle est plus facile, qu'elle s'adapte mieux à la différence de calibre des deux segments d'intestin anastomosés, segments dont l'un, je le répète, est souvent formé par le côlon ».

Quelle longueur d'intestin peut-on réséquer ? En moyenne 10 à 20 centimètres, mais Dussmann (1) en a

(1) Réunion des médecins et naturalistes allemands, Dusseldorf, du 19 au 24 septembre 1898.

réséqué avec succès 2^m, 15, un autre chirurgien, 3^m, 88.

Il faudra comprendre dans la résection la portion de mésentère qui aboutit à l'anse malade.

On énucléera les ganglions qui apparaîtront hypertrophiés, surtout si ces ganglions sont volumineux et en petit nombre (Frank).

On s'abstiendra au contraire s'ils sont très petits et nombreux, car ils disparaîtront d'eux-mêmes ne devant leur engorgement qu'à leur rôle phagocytaire (Senn).

On libèrera prudemment les adhérences, s'il existe d'autres rétrécissements peu étroits, on les dilatera par intussusception. S'il y a des fistules, on en cherchera l'occlusion par des injections modificatrices, ou le curettage.

Enfin nous ne saurions trop répéter d'apporter la plus grande attention aux sutures, car, suivant un aphorisme bien connu, la médecine opératoire du tube digestif tient tout entière dans la valeur du chirurgien comme tailleur et comme couturier.

Soins post-opératoires. — Le lendemain de l'opération, on donnera un peu de lait, quelques boissons légères, des fragments de glace; si l'on constate un peu de tendance au collapsus, on fera des injections sous-cutanées de sérum de Hayem.

C'est seulement au bout de 5 à 6 jours qu'on alimentera le malade d'une façon plus substantielle, afin de relever rapidement son état général, et de lui permettre de lutter contre l'éclosion d'un autre foyer tuberculeux.

Pantaloni (1898), reprenant les idées défendues par Roux (de Lausanne), conseille d'alimenter à sa guise dès

le lendemain de l'intervention. « C'est une manière de faire un peu hardie, et je ne crois pas que si hermétiques et si solides que soient les sutures, on puisse affirmer qu'elles résisteront dans tous les cas aux spasmes et aux mouvements péristaltiques parfois très intenses de l'intestin (Tuffier) ».

ÉTUDE STATISTIQUE

1° *Mode d'intervention.*

Sur les 72 cas que nous avons réunis, 46 ont été opérés chirurgicalement.

Sur ces 46 cas :

— 4 fois, la laparotomie fut exploratrice. Des 4 opérés, 2 moururent d'épuisement ; le 3^e succomba au bout de 3 ans à une perforation intestinale, le 4^e guérit de l'opération, mais on le perdit de vue.

— 4 fois, on fit une entéro-anastomose, — 2 fois avec le bouton de Murphy, — 1 fois avec sutures — l'autre cas n'est pas spécifié.

— 38 fois, on fit la résection intestinale dont une double (Vohtz). Cette résection a été le plus souvent iléo-colique.

2° *Résultats.* — Les 46 opérés ont donné 38 guérisons opératoires, soit 82,6 pour 100.

9 cas de sténose hypertrophique opérés, l'un par entéro-anastomose et 8 par résection, ont donné 9 succès.

Résultats éloignés. — Sur 38 opérés guéris, 14 ont pu être suivis pendant un temps plus ou moins long.

De ces 14, 12 ont paru radicalement guéris ; 2 sont morts, l'un un mois après l'opération, d'une hémorragie occasionnée par une ulcération rectale ; l'autre, un an après, de tuberculose généralisée.

Ces résultats pourront provoquer de l'étonnement. Peut-être cet heureux pourcentage est-il dû à ce que tous les cas malheureux n'ont pas été publiés, ou bien que seuls, les cas favorables ont été opérés.

C'est à l'avenir d'apporter de nouveaux faits, qui viendront modifier dans un sens ou dans l'autre les résultats de cette statistique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TUFFIER. — *Presse médicale*, 21 février 1900.

Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, concierge, entrée le 20 mars 1899, salle Élixa-Roy, à l'hôpital Lariboisière.

La malade n'offre rien de particulier à retenir dans ses antécédents héréditaires et c'est en vain qu'on y cherche des traces de tuberculose.

Elle a eu cinq enfants et deux fausses couches. Deux enfants seulement sont vivants, deux sont morts de diarrhée infantile ; le dernier est mort du croup.

Les fausses couches se sont intercalées : la première entre le deuxième et le troisième accouchement, la deuxième entre le troisième et le quatrième accouchement. Aucune trace de syphilis, tant dans les commémoratifs que dans les recherches faites sur la malade pour y déceler d'anciennes cicatrices, des déformations osseuses ou des gourmes disparues. Ménopause depuis quatre ans.

A son entrée à l'hôpital, la malade nous apprend qu'elle digère mal depuis environ deux ans, c'est-à-dire qu'elle sent après ses repas une gêne et une lourdeur au niveau de la région hypogastrique, et que ces phénomènes ne disparaissent que trois ou quatre heures après les repas. Ce sont là les seuls symptômes qu'elle a eu à noter sur elle-même jusqu'au mois de novembre 1898.

A cette époque elle a commencé à ressentir de violentes coliques généralisées dans tout l'abdomen. Ces coliques présentent les caractères suivants : elles sont intermittentes, apparaissent environ



FIG. 1. — Aspect macroscopique des lésions.

quatre ou cinq heures après les repas, durent une heure ou une heure et demie et se terminent par une forte envie d'aller à la selle. Les selles rendues à ce moment sont liquides, d'une coloration brun jaunâtre et d'une odeur extrêmement fétide.

Peu à peu la malade a pris en dégoût, d'abord les légumes, puis les viandes, de sorte que, au moment où elle entre à l'hôpital, son alimentation est constituée par du pain, des pâtes et du lait.

Elle n'a jamais eu de vomissements, et n'a jamais présenté de sang dans ses selles, soit à l'état pur, soit sous l'aspect de mélæna.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Rien dans les urines.

Par crainte des douleurs, la malade, qui a toujours faim, ne mange pas et accuse un amaigrissement qui remonte à cinq mois et qui a été très rapide.

Les *signes physiques* donnent les renseignements suivants : tuméfaction de la fosse iliaque droite soulevant légèrement la paroi abdominale à deux travers de doigt de l'arcade de Fallope, à 6 centimètres environ en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La palpation délimite assez nettement une tumeur arrondie, du volume d'une petite mandarine, d'une consistance rénitente, légèrement mobile, et qui paraît être presque sous la peau ; elle ne réveille pas de douleur de la région. La mobilité de la tumeur permet de l'isoler et de la percuter sans interposition d'anses intestinales ; la percussion donne de la matité.

L'examen du petit bassin à l'aide du toucher vaginal ne donne aucun renseignement ; le toucher rectal ne présente rien de particulier.

L'*état général* est précaire, les masses musculaires sont atrophiées, la malade est faible et émaciée, la peau est sèche et présente une coloration très pâle, l'asthénie est complète.

En présence des symptômes qui viennent d'être énumérés plus haut et dont les principaux à retenir sont : coliques quatre heures après les repas, durée de la colique, une heure, cessation de la colique coïncidant avec l'émission d'une selle liquide, présence d'une

tumeur arrondie, légèrement mobile dans la fosse iliaque droite,



FIG. 2.

En allant de bas en haut, on voit la couche muqueuse hypertrophiée; la muscularis mucosae; la sous-muqueuse considérablement augmentée de volume, œdématisée et présentant des cellules géantes; la couche musculaire interne, hypertrophiée et infiltrée de cellules géantes; la couche musculaire; la sous-séreuse.

amaigrissement rapide coïncidant avec une conservation de l'appétit; en présence de ces symptômes, disons-nous, le diagnostic

de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle est posé et on se décide à une intervention curative.

Opération le 25 mars 1899. — Après une incision pratiquée au niveau du bord externe du muscle grand droit, au niveau de la fosse iliaque droite, nous découvrons une tumeur du volume des deux poings, adhérente par sa partie postérieure, et formée par le côlon transverse abaissé, l'épiploon, le côlon ascendant et des anses de l'intestin grêle.

Les adhérences du côlon transverse et de l'épiploon au reste de la tumeur sont décortiquées à l'aide du doigt, ce qui permet de récliner ces deux organes en haut. L'intestin grêle est isolé à son tour au voisinage du cæcum et nous en réséquons d'abord environ 12 centimètres puis une seconde fois 12 à 14 centimètres. C'est au niveau de cette seconde portion d'intestin grêle que se trouvait la tumeur principale surmontée d'une petite tumeur accessoire. Nous ne trouvons pas de ganglions.

Au cours de l'opération, avant la résection des anses d'intestin grêle, nous trouvons dans l'abdomen, au milieu des adhérences, une arête de poisson, si bien qu'un instant nous pensons à une appendicite avec perforation; mais les adhérences anciennes, la consistance de la tumeur et la présence de granulations multiples à la surface de l'intestin, nous font aussitôt abandonner cette hypothèse.

Les deux extrémités d'intestin grêle, désormais sans connexions, sont liées à la soie, après un essai infructueux d'écrasement à l'angiotribe. Les extrémités de l'intestin sont enfouies sous la séreuse, à l'aide de points à la Lembert; puis nous pratiquons l'anastomose latérale de ces deux anses borgnes. Toutes les sutures sont faites à la soie; on laisse une mèche dans la fosse iliaque.

Suites opératoires. — La mèche est retirée quarante-huit heures après l'opération, et remplacée par un petit drain qui restera encore huit jours; la malade est purgée à l'aide d'un lavement dans le courant du troisième jour. A ce moment, la malade, qui urine seule, se plaint de quelques légères coliques.

Pendant les huit jours qui suivent l'opération, la malade se

plaint, de temps à autre, de douleurs abdominales de moyenne intensité, a peu d'appétit et va difficilement à la selle.

La langue est humide, quoique un peu sale, il y a quelques râles ronflants en arrière de la poitrine.

L'appétit ne revient que neuf jours après l'opération ; les coliques ont disparu, il n'y a jamais eu de fièvre, le pouls n'a pas dépassé 100.



FIG. 3.

Représente une partie de la couche précédente, vue à un plus fort grossissement pour montrer l'infiltration tuberculeuse ayant envahi la couche musculaire externe.

Le 12 mai 1899, la malade sort de l'hôpital, guérie de son opération et guérie des symptômes qui avaient nécessité l'opération. L'appétit est revenu, la digestion se fait normalement, les selles sont régulières, l'amaigrissement fait place à un commencement d'embonpoint.

Examen de la pièce. — La pièce présente les caractères sui-

vants : un premier rétrécissement très serré oblitère une partie de la lumière du canal intestinal ; la muqueuse qui tapisse l'intestin à ce niveau est semée d'ulcérations serpigneuses, qui forment de véritables puits dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin. Au delà, on remarque une grande quantité de granulations tuberculeuses, du volume d'un grain de mil à celui d'un petit pois ; enfin, à deux travers de doigt au-dessus du rétrécissement précédent, on constate un deuxième rétrécissement moins accusé, moins serré, et présentant les mêmes lésions macroscopiques.

L'examen microscopique a été fait par M. Decloux, interne à l'hôpital Lariboisière. Voici ce qu'il a trouvé :

Ce qui frappe d'abord à un très faible grossissement, c'est l'*hypertrophie générale considérable que présentent les différentes couches de l'intestin* ; hypertrophie surtout marquée au niveau de la couche sous-muqueuse.

La muqueuse présente un développement exagéré des glandes de Lieberkuhn ; celles-ci se divisent à leur extrémité et présentent deux ou trois prolongements latéraux. Des follicules clos volumineux se trouvent entourés par ces glandes, ils paraissent très voisins du bord libre de l'intestin à cause de l'obliquité de la coupe.

Au-dessous de la muqueuse, la *muscularis mucosæ* apparaît, infiltrée par places par de nombreux leucocytes.

La couche sous-muqueuse sous-jacente a plus que doublé d'épaisseur ; elle est infiltrée par de la sérosité qui présente sur les coupes colorées à l'éosine, un aspect rosé et granuleux. Cet œdème paraît secondaire à l'acte opératoire. De nombreux vaisseaux traversent cette couche ; ils sont dilatés, gorgés de sang, présentant pour certains, dans leur lumière, de la sérosité et de nombreux leucocytes polynucléaires. Par places, entre deux vaisseaux, apparaissent des amas leucocytaires, qui semblent bien contenus dans des vaisseaux lymphatiques. Quelques fibres musculaires se montrent éparées dans cette couche ; elles sont situées à une certaine distance de la couche musculaire et de la *muscularis mucosæ*, ce qui permet d'affirmer qu'il y a, en certains points, hypertrophie musculaire. Elle s'ajoute à une hypertrophie conjonctive certaine.

À la partie profonde de cette couche sous-muqueuse, en contact avec la couche musculaire circulaire, se trouvent de volumineux follicules tuberculeux, présentant de nombreuses cellules géantes.

Celles-ci en nombre variable dans ces follicules, trois ou quatre au moins, atteignent, pour quelques-uns, des dimensions considérables. Sur des coupes colorées au ziehl, on a pu constater dans ces cellules géantes la présence de bacilles tuberculeux.

Au-dessous de la sous-muqueuse la musculaire apparaît, considérablement hypertrophiée.

Par places, ces fibres musculaires sont séparées les unes des autres par de nombreux amas leucocytaires, renfermant des cellules géantes. La musculaire externe seule, hypertrophiée, n'est pas infiltrée par des amas tuberculeux ; tandis que la dernière courbe, la sous-séreuse tuméfiée, congestionnée, œdématisée, présente les mêmes lésions de folliculité tuberculeuse, mais plus discrète, avec turgescence des vaisseaux sanguins et œdème du tissu conjonctif.

OBSERVATION II (Résumée).

In thèse, de BERNAY, Lyon 1899.

Sténoses tuberculeuses multiples de l'intestin grêle ; dilatation de l'iléon simulant une véritable poche gastrique ; phénomènes d'obstruction intestinale chronique ; tétanie. — Laparotomie entéro-anostomose. — Guérison des symptômes digestifs. — Évolution ultérieure d'une tuberculose pulmonaire.

B... Auguste, 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 octobre 1898, dans le service de M. Bouveret.

Il vient à l'hôpital pour des douleurs abdominales et gastriques, survenant assez longtemps après les repas, douleurs qui l'ont obligé de restreindre son alimentation.

Antécédents héréditaires. — Mère morte suites de couches ; père vivant mais atteint d'affection cardiaque. Une sœur bien portante. — Le malade est marié, sa femme est en bonne santé. Sep

enfants, quatre vivants, trois morts, deux de méningite, un autre de rougeole.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Coryza chronique, rhumes fréquents surtout au printemps. Pas d'hémoptysies. Pleurésie gauche en 1895. Jamais d'affection abdominale.

Depuis longtemps il éprouve une tension abdominale pénible après les repas. Pas de douleurs, sauf en 1893 où elles apparurent avec violence. Pas de crises douloureuses à jeun. Vomissements tantôt glaireux, tantôt alimentaires. Ne commence à maigrir qu'à partir de 1897.

Jamais d'hématémèses ni de mélæna.

A l'entrée dans le service le malade quoique très amaigri peut encore faire 100 kilomètres par jour à bicyclette. Il se plaint de contracture dans les mollets, dans les orteils, dans le pouce et dans l'index (tétanie).

A l'examen on constate une tension de la région sus et péri-ombilicale. Ondulations péristaltiques au-dessus et au-dessous de l'ombilic, dessinant deux saillies ovales paraissant en continuité entre elles.

Clapotage le matin à jeun. On ne sent pas de tumeur à la palpation. Pas de douleur à la pression.

Constipation habituelle.

Rien aux poumons ni au cœur.

Les jours suivants, les mêmes symptômes persistent. On est frappé de ce fait que, malgré la distension et le clapotage gastriques on ne peut rien retirer de l'estomac avec la sonde. Cependant le malade a pris un potage peu de temps avant l'exploration.

Opération. — Le 2 novembre. Le malade est à jeun depuis 24 heures. Il persiste cependant un clapotage des plus nets. La percussion détermine les deux poches contractiles précédemment constatées, dont l'inférieure sous-ombilicale et médiane simule un utérus gravide de 7 mois environ.

Le diagnostic d'estomac biloculaire semble probable.

Laparotomie (Jaboulay). On tombe sur un intestin grêle très

dilaté qui fait hernie par la plaie opératoire. Cette poche est si volumineuse qu'elle est prise tout d'abord pour l'estomac déplacé. Elle est comprise entre deux points rétrécis qui sont très visibles extérieurement sur la circonférence de l'iléon. Le rétrécissement inférieur est cicatriciel, scléreux et très serré ; le supérieur de même nature mais moins accentué. La distance qui les sépare est de 15 à 18 centimètres. Deux autres rétrécissements mais moins marqués existent l'un en amont, l'autre en aval de la partie dilatée. Cette région malade correspond au commencement de l'iléon.

On fait une entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy. La poche dilatée et les deux sténoses qui la limitent sont ainsi isolées de la circulation intestinale. Quant aux autres points rétrécis on se contente de les dilater par la méthode d'intussusception digitale (Jaboulay). On dilate aussi le pylore.

Suites opératoires. — Satisfaisantes. Les douleurs et la tétanie ont disparu. Le bouton de Murphy est rejeté le 22 novembre.

Le malade tousse. Rien de précis à l'auscultation pulmonaire, mais on découvre des bacilles dans les crachats. Quitte l'hôpital le 28 novembre en assez bon état.

Résultats éloignés. — Au mois de janvier 1899 les symptômes gastro-intestinaux ont un peu réapparu ; quelques douleurs diffuses de temps à autre. L'appétit devient plus faible de jour en jour. Les signes pulmonaires se sont accentués.

OBSERVATION III (Résumée).

MONNIER. — *Arch. provinciales de Méd.*, février 1899.

Femme de 35 ans, cachectique, soignée à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour des douleurs abdominales datant de 3 ans.

Ant. héréd. — Rien à signaler.

Ant. pers. — A souffert jadis d'une bronchite.

Depuis 3 ans douleurs dans le ventre, intermittentes d'abord, puis continues avec paroxysmes se terminant par diarrhée jamais sanglante qu'aucune médication n'a pu enrayer.

Actuellement. — La diarrhée est profuse. L'estomac est devenu intolérant même pour les liquides.

A l'examen le ventre semble normal. La percussion est douloureuse. Pas de tympanisme. Certaines zones sont mates.

A la palpation on sent nettement un peu partout de petites masses cylindriques, allongées, dures, inégales; douloureuses au point de provoquer des vomissements; mobiles, le lendemain on ne les rencontrait pas où on les avait trouvées la veille. OEdème des jambes. Signes d'induration aux sommets des poumons. Rien dans les autres organes.

Pouls petit mais régulier. Pas de fièvre. Urines normales. La malade déjà cachectique meurt d'inanition, l'estomac étant devenu intolérant.

Autopsie. — Tuberculose en voie de guérison des deux sommets. Foie gros sans bosselures. Rate normale. Reins en voie de dégénérescence graisseuse. Péritoine intact. Quelques ganglions mésentériques légèrement hypertrophiés. *Estomac un peu dilaté.* Duodénum normal.

L'intestin grêle présente une série de dilatations interrompues par des parties rétrécies. A la coupe les parois sont par places notablement épaissies. Sur la muqueuse et ne la déprimant pas en profondeur, ulcérations annulaires, parfois végétantes. Le rectum et la première partie de l'intestin grêle semblent seuls intacts.

Examen histologique. — L'épithélium de la muqueuse a disparu. La sous-muqueuse très infiltrée de cellules embryonnaires et bien épaissie, présente un travail de sclérose. Les couches musculaires sont infiltrées aussi. Les culs-de-sac glandulaires sont élargis. La séreuse a une épaisseur normale.

Nodules tuberculeux disséminés.

L'examen bactériologique n'a pas été fait.

Il s'agit bien ici de la forme hypertrophique de la tuberculose intestinale.

OBSERVATION IV

BARD, de Lyon.

Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle, dont le principal occupe la valvule de Bauhin. — Péritonite granuleuse ultime. — Tuberculose ancienne des sommets : sclérose dense et foyers torpides.

D... Michel, 47 ans, boucher, entre à l'hôpital Saint-Pothin, service de M. Bard, le 11 mars 1895.

Mère morte probablement bacillaire. Deux frères qui ont succombé en bas âge à une méningite.

Bonne santé habituelle. Ne tousse pas. Pas de syphilis. Entre à l'hôpital pour sortes de coliques sèches auxquelles il serait sujet depuis 7 mois. Elles surviennent en moyenne 3 ou 4 fois par semaine, tantôt précédant, tantôt suivant la défécation. Quand elles la précèdent elles apparaissent ordinairement un à deux jours auparavant assez violentes ; elles persistent presque pendant tout ce temps, avec des alternatives de diminution et d'augmentation ; elles disparaissent quand le malade va à la selle, ce qu'il ne peut faire qu'après 12, 24, 36 heures. Les douleurs qui suivent la défécation sont moins fortes et beaucoup moins longues (une demi-heure à une heure) que les précédentes ; mais elles revêtent les mêmes caractères à part la durée et l'intensité. Elles débutent dans les flancs et se propagent jusque vers l'anus. — Selles tantôt liquides, tantôt un peu solides, bien qu'il n'y ait pas de matières franchement moulées : jamais de sang.

Appétit conservé, bonnes digestions ; jamais d'hématémèses. A maigri de 15 kilogrammes environ depuis 7 mois. Mais l'état général paraît encore assez bon.

A l'examen de l'abdomen, météorisme très accusé qui, au dire du malade, remonterait à 8 mois. La palpation, qui est d'ailleurs difficile, provoque des mouvements péristaltiques produisant des gargouillements le long du flanc gauche.

L'estomac ne paraît pas dilaté. Foie petit ; rate non perceptible.

Respiration un peu faible surtout au sommet gauche.

Température normale.

Symptômes névropathiques très marqués.

Pas d'albuminurie.

Rien au toucher rectal.

Le malade mourut le 1^{er} avril 1895, à la suite d'une péritonite aiguë.

Autopsie. — Liquide séreux dans l'abdomen. Tubercules miliaires sur toute l'étendue du péritoine viscéral. Estomac normal.

Intestin grêle sain jusqu'à 1^m,20 du pylore ; à partir de ce point une quinzaine d'ulcérations tuberculeuses de plus en plus développées à mesure qu'on descend. En trois points on rencontre des ulcérations annulaires occupant tout le pourtour de l'intestin et créant un certain degré de rétrécissement : le premier est unique, situé à environ 50 centimètres du cæcum ; le second situé à 30 centimètres plus bas est double, constitué par deux ulcérations annulaires complètes, séparées par un intervalle de muqueuse saine, blanche, de la largeur de l'une de ces ulcérations environ. Le troisième rétrécissement occupe l'extrémité même de l'intestin grêle ; on rencontre d'abord une zone ulcérée de 2 ou 3 centimètres de large, non végétante, annulaire, puis une bande étroite de muqueuse saine présentant un aspect légèrement cicatriciel ; au delà une surface ulcérée et végétante, noirâtre, occupant toute la face iliaque de la valvule iléo-cæcale, mais s'arrêtant par une ligne nette sur son bord saillant, sans envahir sa face cæcale.

Cæcum normal, une ulcération vers la partie moyenne du côlon ascendant.

Dans les poumons, foyers tuberculeux fibreux et crétacés. Quelques granulations discrètes, caséuses. Autres organes sains.

Examen histologique. — Sur une coupe prise dans la valvule, on trouve une infiltration tuberculeuse à tendance nodulaire, tout à la fois dans la tunique sous-péritonéale, dans la couche sous-muqueuse et à travers les couches musculaires.

Peu de caséification. Ébauches de cellules géantes assez nom-

breuses, mais sans qu'il n'y ait nulle part de cellules géantes typiques.

Sur une coupe intestinale, îlots de cellules épithélioïdes ou giganthoïdes, distribuées dans les lymphatiques situés entre les deux couches de la tunique musculaire.

OBSERVATION V (résumée).

BARD, de Lyon, in *Thèse* de Bernay.

Ulcération tuberculeuse de l'intestin grêle. — Rétrécissements multiples. — Tuberculose abortive des sommets.

T... Pierre, 24 ans, natif du Jura, cultivateur, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 24 mai 1898, service de M. le P^r Bard.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La maladie actuelle a débuté il y a près de trois ans, en juillet 1895, brusquement par des coliques très violentes, des vomissements abondants, alimentaires et bilieux. Il y avait en même temps de la constipation. Ces accidents ont duré douze jours. Au bout de ce temps ils avaient complètement disparu; les selles étaient normales, quelquefois cependant diarrhéiques. Vers le milieu du mois de septembre, les vomissements reparurent avec la même brusquerie et la même intensité et durèrent une semaine environ. Depuis lors, alternatives de calme, de douleurs abdominales erratiques, liées surtout à l'alimentation survenant une ou plusieurs heures après les repas. Gargouillements abdominaux intenses, très fréquents. Une seule fois une peu de sang dans les selles, la valeur d'une cuillerée environ. Tantôt diarrhée, tantôt constipation, quelques vomissements.

A l'entrée dans le service, le malade est très amaigri. Il reste habituellement les cuisses fléchies pour relâcher sa paroi abdominale. Ventre assez souple, un peu douloureux à la pression surtout à droite. Sonorité diminuée dans le flanc droit et la fosse iliaque

du même côté ; on ne sent pas de masses indurées. On provoque facilement des gargouillements par la palpation.

Foie petit, raté non hypertrophiée.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Urines sans albumine.

21 mai. — Le malade présente un météorisme très accusé gênant la palpation profonde, et paraissant porter sur tout l'abdomen mais plus spécialement sur sa région moyenne.

Au cours de l'exploration, il se produit des contractions peristaltiques qui se terminent par un bruit de gargouillement intense donnant un frémissement à la main.

23 mai. — L'abdomen est souple, à peine météorisé aujourd'hui, on ne sent rien à la palpation.

La diarrhée persiste.

Aux poumons, sur lesquels l'attention a été attirée par une expectoration muco-purulente, peu abondante cependant, on constate des signes suspects sous la clavicule gauche.

Il s'agit d'obscurité inspiratoire, de silence expiratoire, et de quelques râles secs à la fin des grandes inspirations.

25 mai. — Le météorisme commence à reparaitre, encore léger et ne donnant qu'une rénitance uniforme qui domine dans la région moyenne et sous-ombilicale.

10 juin. — L'amélioration continue ; il n'y a qu'une selle moulée par 24 heures. Néanmoins l'abdomen est toujours un peu météorisé, légèrement tendu et il persiste des borborygmes.

Le malade quitte l'hôpital en assez bon état le 29 juin 1898, le diagnostic de rétrécissements multiples de l'intestin grêle demanderait à être confirmé ultérieurement.

OBSERVATION VI

PATEL, de Lyon.

Tuberculose entéro-péritonéale; sténose fibreuse de l'iléon avec dilatation en amont; compression de l'intestin grêle en d'autres points par des brides péritonéales qui n'ont pas produit de dilatation secondaire. — Tuberculose pulmonaire et tuberculose verruqueuse de la main gauche. — Mort avec des symptômes d'obstruction intestinale.

A. T..., 26 ans, né à Rennes, exerçant la profession de pelletier, entré le 9 octobre 1897, à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. le Dr Chappet.

Mère morte diabétique, père s'enrhumant chaque hiver; quatre frères ou sœurs morts en bas âge. Il aurait eu lui-même une bronchite sérieuse il y a quelque temps et avoue sans peine quelques excès éthyliques.

Il vient à l'hôpital pour une diarrhée séreuse, quelquefois très abondante, d'autrefois au contraire moins marquée et dont il souffrirait depuis plusieurs mois; il y a sept ou huit semaines ont apparu des coliques douloureuses intermittentes occupant tout l'abdomen qui deviendrait en même temps tendu et ballonné.

La diarrhée continua sans s'accompagner jamais de mélæna. L'appétit est très diminué, et la faiblesse est devenue extrême depuis une huitaine de jours.

A l'entrée dans le service, le malade est très amaigri; il attire, avant tout, l'attention sur les coliques toujours violentes dont il souffre, et qui surviennent à intervalles irréguliers. On constate qu'au moment des accès douloureux le ventre devient tendu, et des anses intestinales semblent se dessiner sous la peau.

Les selles sont brunâtres, semi-liquides.

Aux poumons, submatité aux deux sommets en arrière avec exagération et retentissement de la voix surtout au sommet droit.

Rien au cœur.

Au niveau du bord radial de la main gauche, lésion à aspect verruqueux avec bords violacés, sans tendance à la rétrocession et ayant débuté il y a dix-huit mois.

Opacité cornéenne gauche consécutive à une ophthalmie de la première enfance.

3 novembre 1897. — L'état va en s'aggravant : la diarrhée devient plus abondante et plus fréquente.

Elle apparaît par débâcles et coupée d'intervalles de constipation. Une circulation abdominale supplémentaire se dessine. Pas d'ascite.

Les symptômes pulmonaires s'accroissent au sommet droit, qui présente maintenant des signes de ramollissement.

7 décembre 1897. — Progrès rapides de la cachexie.

Le ventre se rétracte ; dans la fosse iliaque droite et dans l'hypocondre du même côté, on perçoit une masse que l'on prend pour un boudin cæcal rempli de matières et dilaté. Les coliques deviennent plus violentes. La diarrhée est cependant encore très abondante, intermittente. Pas de vomissements.

Signes de cavernes au sommet droit.

Mort le 15 décembre, dans un amaigrissement tuberculeux extrême.

A l'autopsie, on constate dans l'abdomen des lésions de péritonite tuberculeuse indiscutable, avec masses caséeuses typiques, ganglions mésentériques volumineux, un peu d'ascite.

En plusieurs points, brides fibreuses comprimant l'intestin dont la circulation avait dû certainement être gênée ainsi pendant la vie par cet aplatissement ; en aucun de ces points, on ne constate en amont d'embarras stercoral véritable avec dilatation et hypertrophie de l'iléon.

A droite de la ligne médiane, au contraire, on voit une poche volumineuse à parois épaissies et qui est prise, à première vue, pour le cæcum, dont elle a certainement l'aspect général, mais elle ne présente pas de bandes longitudinales ; d'ailleurs le cæcum est retrouvé plus profondément et plus à droite dans sa position nor-

male ; il est sain. La poche ainsi observée est donc une poche pathologique.

On reconnaît qu'elle siège environ à la partie moyenne de l'intestin grêle. En aval d'elle, le calibre intestinal est nettement rétréci par une coarctation fibreuse, cicatricielle, visible à première vue, et très serrée. En incisant l'intestin on constate que la poche dilatée a des parois extraordinairement épaisses et puissantes. La stricture qui la termine est dure et fait saillie à l'intérieur de la lumière intestinale sous forme de bourrelet fibreux au centre duquel est un petit orifice étroit en diaphragme. Au-dessous du rétrécissement l'intestin est atrophié et aminci.

Aux poumons, lésions tuberculeuses cavitaires aux deux sommets mais à prédominance au sommet droit.

OBSERVATION VII

BLANC, de Marseille, in *Thèse* de Bernay.

Tuberculose entéro-péritonéale. — Sténose cicatricielle de la fin de l'iléon. — Évolution latente.

Il s'agit d'un enfant entré, au mois de juin 1897, à l'hôpital de la Conception, à Marseille ; le petit malade arrive dans un état de cachexie tel qu'il est impossible d'avoir des renseignements précis sur l'évolution et les symptômes exacts de la maladie. L'attention est cependant attirée de suite sur l'abdomen, qui est nettement augmenté de volume, tendu et douloureux.

Épanchement ascitique manifeste.

Toux avec râles et signes d'infiltration dans toute la hauteur du poumon gauche.

L'amaigrissement fait des progrès rapides, l'état général devient très mauvais et le malade tombe dans le coma sans présenter de vomissements, ni de signes d'obstruction intestinale.

Il succombe le 15 juin 1897.

A l'autopsie, 5 à 6 litres de liquide ascitique s'écoulent à l'ou-

verture de l'abdomen : C'est un liquide de couleur jaune ambré dans lequel flottent des fausses membranes peu abondantes.

Des granulations tuberculeuses nombreuses sont semées sur les anses intestinales, sur le foie et sur la rate. On trouve dans la fosse iliaque droite une vaste poche dont les bords adhèrent à la paroi abdominale. L'appendice est libre immédiatement au-dessous ; et en disséquant soigneusement cette région, on s'aperçoit que cette poche est constituée par le cæcum et le péritoine pariétal : à l'incision de ce dernier, on trouve au-dessous, une perforation intestinale ancienne, tout à fait au fond du cæcum qu'elle fait communiquer avec la poche péritonéale constituée par des adhérences. A l'intérieur de cette poche, on trouve des débris alimentaires : pépins d'oranges et de différents fruits, des morceaux d'étoffes de drap et de toile ?

Une ligature est posée sur l'angle droit du côlon et sur une anse de l'intestin grêle assez éloignée de la valvule de Bauhin : on enlève le tout en masse. On constate alors que les ganglions mésentériques sont tous en fonte caséeuse, que le corps des 2^e et 3^e lombaires est érodé et environné de tissu cicatriciel fibreux et de masses en évolution, qu'il est impossible de disséquer d'une manière régulière : c'est là probablement le point de départ d'un abcès par congestion que l'on observe au niveau du pli de l'aîne du côté droit.

L'examen de l'intestin montre que les ulcérations tuberculeuses n'affectent pas le type classique, qu'elles sont en L et en V. Au niveau de l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, on trouve deux ulcérations annulaires faisant les deux tiers du tour de l'intestin, distantes l'une de l'autre d'un demi-centimètre. Plus haut, les ulcérations font place à du tissu sain ; et à trois centimètres de la dernière, l'intestin grêle, à une faible distance de la valvule de Bauhin, est fermé par une ulcération ancienne, cicatrisée, de tissu dur et lardacé, épais, laissant une ouverture à peu près centrale d'environ sept à huit millimètres de diamètre.

Foie entouré de périhépatite tuberculeuse, un peu graisseux à la coupe.

Rate infiltrée.

Reins et capsules surrénales sains.

Poumons offrant du ramollissement tuberculeux au sommet gauche et de l'induration au sommet droit. Ganglions trachéo-bronchiques volumineux et caséeux.

Cœur avec dilatation des cavités droites.

Cerveau et méninges sains.

OBSERVATION VIII

VERGELY, de Bordeaux. in *thèse* de Bernay

Tuberculose entéro-péritonéale. — Sténose de deux anses accolées à la partie moyenne de l'iléon. — Forme infiltrée et hypertrophiante.

Homme de 45 ans, chez lequel s'était développée, deux ans auparavant, une péritonite avec formations plastiques.

Laparotomie quelques mois après le début de son affection ; mais il ne profita pas longtemps de l'intervention et tomba bientôt dans une cachexie telle qu'on ne pouvait songer à une nouvelle opération.

Il souffrait beaucoup, avait des borborygmes très douloureux avec une flatulence intestinale modérée. Constipation habituelle ; mais par moments, il avait des crises de véritable obstruction intestinale pendant lesquelles les purgatifs même énergiques demeuraient sans effet, l'emploi du siphon et du lavement électrique ayant seul donné des résultats en même temps que des fonctions capillaires de l'intestin diminuaient le météorisme.

A ce moment l'état général était grave ; les poumons étaient atteints quoique légèrement encore. La maigreur de ses membres contrastait avec son abdomen très volumineux et dans lequel on ne pouvait percevoir qu'une énorme masse étalée, assez dure et mate à la percussion. Le toucher rectal ne permettait de constater aucun obstacle.

Peu de jours après, le malade, qui allait relativement bien à la selle malgré des opiacés et grâce à des laxatifs, eut une nouvelle crise d'obstruction. Les lavements à l'eau de Seltz et l'électricité restèrent sans effet et la mort survint bientôt dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve d'abord un énorme gâteau tuberculeux recouvrant tous les organes abdominaux, et d'une épaisseur moyenne de cinq à six centimètres, d'aspect un peu vitreux et de consistance élastique.

En le soulevant, on voyait les anses intestinales parsemées de granulations tuberculeuses.

On pouvait aussi constater qu'en un point, cette énorme masse se prolongeait à la partie profonde, contenant ainsi deux anses grêles voisines. Celles-ci, perdues au milieu de cette masse et accolées comme deux canons de fusil, sont elles-mêmes nettement malades; l'infiltration tuberculeuse a envahi la paroi intestinale, qui est très hypertrophiée, mais la muqueuse est saine ou du moins semble telle quand on l'examine par sa face interne.

Le calibre de l'iléon est très rétréci en ces deux points : dans l'un on peut à peine passer l'index sur une étendue de quatre à cinq centimètres environ ; dans l'autre, le petit doigt avait de difficulté à s'introduire, mais sur un espace de trois centimètre seulement. Il s'agit donc d'une coarctation sinon très serrée, du moins très inextensible. Derrière chaque portion ainsi sténosée se trouve une dilatation de l'intestin rempli de matières.

Ces anses intestinales correspondent à peu près à la partie moyenne de l'iléon.

OBSERVATION IX

DUDLEY WRIGHT, de Londres, in thèse de Bernay.

Tuberculose hypertrophique sténosante de l'extrémité terminale de l'iléon consécutive à une appendicite de même nature.

Jeune garçon entré au London homœopathic hospital pour une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec état général grave

et température atteignant 100° F. Ces symptômes étaient déjà anciens, mais une poussée plus aiguë se manifestait depuis quelques jours.

L'amaigrissement était assez prononcé. Peu après l'arrivée à l'hôpital apparurent des signes d'obstruction intestinale légère. Le traitement médical semblant insuffisant, on décida une laparotomie. Mais celle-ci fut simplement exploratrice ; on tomba en effet sur une énorme masse tuberculeuse ayant envahi toute la région iléo-cæcale et contre l'étendue de laquelle, vu l'état général mauvais que présentait le patient, toute tentative chirurgicale semblait plus dangereuse qu'utile. L'enfant succomba d'ailleurs quelques jours plus tard et le diagnostic fut confirmé et complété à l'examen nécropsique.

OBSERVATION X

COTTERILL, d'Édimbourg, in *thèse* de Bernay.

Sténose cicatricielle d'origine tuberculeuse siégeant à l'extrémité même de l'iléon.

John-V. M..., six ans, admis le 11 janvier 1897, sorti le 17 février 1897. Il se plaint de douleurs dans l'abdomen et de constipation qui durerait depuis six mois.

D'après les renseignements fournis par le père, il y aurait un ou deux parents morts de tuberculose du côté maternel, mais il s'agit de parents éloignés. Le père et la mère sont cousins germains.

L'enfant aurait joui d'une excellente santé jusqu'à l'été de 1894, époque à laquelle il eut à la suite d'une chute une affection du genou qu'on considéra comme de nature tuberculeuse. C'est en août dernier qu'il commença à souffrir de l'estomac et les premiers symptômes, dont s'aperçurent ses parents, furent des bruits intenses et errants. Un mois plus tard, l'abdomen commença à augmenter de volume ; les sons devinrent plus forts et apparais-

saient après des spasmes douloureux. Il avait toujours souffert d'une constipation nécessitant le cascara tous les deux ou trois jours. Dernièrement, cependant, les selles avaient été abondantes mais irrégulières.

A l'entrée, le 11 janvier 1897, l'abdomen est modérément distendu et un peu tympanisé.

On voit nettement des mouvements péristaltiques qui ne semblent pas produire de douleurs, mais s'accompagnent de sons musicaux qu'on perçoit à distance. La constipation persiste, pas d'évacuation alvine sans lavement.

Laparotomie, le 2 février ; narcose chloroformique. L'incision est faite au niveau du cæcum et une masse perçue en ce point à la palpation est amenée à travers la plaie opératoire.

On résèque dix pouces d'iléon et trois pouces de cæcum. Dans le voisinage de la valvule de Bauhin, il y avait un rétrécissement fibreux reliquat d'une vieille lésion tuberculeuse circulaire. La stricture admettait à peine un cathéter n° 8. En amont, hypertrophie de l'intestin grêle vraiment phénoménale.

Les deux bouts de l'intestin furent suturés avec de fins fils de soie sur une bobine en os décalcifié.

L'enfant guérit rapidement et quitta l'hôpital deux semaines plus tard en parfaite santé ; les selles étaient bien moulées, régulières chaque jour et non douloureuses. Il a été revu fréquemment depuis l'intervention et son état général demeure excellent.

OBSERVATION XI

E. FRANK. — *Prager med. Woch.*, 1890, XV id. 23.

*Rétrécissement de la fin de l'iléon. Adénopathie mésentérique.
Résection. Guérison.*

P. R..., âgée de 26 ans, domestique, non mariée, fut admise au service le 8 février 1890. Ses antécédents, d'après son récit, se résument ainsi. Son père est mort d'une affection pulmonaire, sa

mère, à la suite d'une maladie cardiaque. Abstraction faite d'une scarlatine qu'elle eut à l'âge de trois ans, la patiente a été toujours bien portante ; depuis sa dix-septième année, elle est réglée assez régulièrement toutes les quatre semaines ; ses règles durent chaque fois trois jours, et presque toujours elles sont accompagnées de violentes douleurs térébrantes dans la région lombaire et l'abdomen.

Au mois de mars 1888, elle eut un avortement au troisième mois de la grossesse, sans cause connue ; et après l'avortement, elle se mit au lit, souffrant d'une fièvre et de douleurs abdominales. Depuis lors la patiente est atteinte d'écoulements provenant des organes génitaux ; dans ces derniers temps ces écoulements se sont améliorés. A la même époque apparurent des douleurs (piquantes et crucifiantes) dans la région hypogastrique, et particulièrement du côté droit ; ces douleurs sont beaucoup plus violentes pendant les règles. Par le décubitus dorsal dans le lit, les douleurs ne diminuent pas d'intensité ; aussi le repos nocturne de la malade est-il très troublé.

La malade se plaint de nausées très fréquentes, qui ne vont pas jusqu'aux véritables vomissements ; il n'existe pas d'autres complications nerveuses. Pendant les dernières règles qui eurent lieu vers le 15 janvier, elle fut d'abord constipée ; ensuite la constipation fit place à des diarrhées fréquentes. La sécrétion urinaire est normale.

État actuel. — Les culs-de-sac de Douglas sont tendus et douloureux, la trompe gauche dure au palper et noueuse à son extrémité ampullaire ; l'ovaire hypertrophié est fixé ; l'ovaire droit, plus gros qu'un œuf de pigeon, adhérent au bord utérin et très sensible à la pression. On proposa à la malade de l'opérer pour une double oophorite et salpingite chronique. La malade y consentit.

Opération. — Immédiatement après l'ouverture de la cavité abdominale, on a pu constater la présence, dans le mésentère, du segment inférieur de l'iléon, d'une tumeur composée de plusieurs bosselures ; celle-ci semblait appartenir à des *ganglions lymphatiques* qui étaient isolés, de la grosseur d'un œuf de poule chacun,

d'une consistance inégale ; quelques-uns étaient ramollis. Il n'y avait aucun doute à concevoir sur la nature de ces tumeurs, qui étaient répandues jusqu'à la racine du mésentère, surtout en présence de l'infiltration constatée déjà au sommet du poumon droit. On continua alors l'inspection de l'intestin, et voici les modifications qu'on y trouva.

A la distance de la largeur de la main, au-dessus de la valvule iléo-cæcale, se trouvait une tumeur bosselée, infiltrant circulairement la paroi intestinale ; cette tumeur était enchâssée dans l'appendice du mésentère, à la manière d'une cicatrice ; le revêtement péritonéal semblait rétracté vers cette place. Une deuxième lésion semblable à celle-ci se trouvait à 20 centimètres au-dessus de la première, et à la même distance de la deuxième tumeur, s'en trouvait encore une troisième.

Comme le tube intestinal présentait d'ailleurs macroscopiquement une structure normale, et qu'on avait l'impression qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse localisée de l'intestin et des ganglions lymphatiques avoisinants, on réséqua la partie malade de l'intestin et en même temps on extirpa le paquet de ganglions lymphatiques. Après avoir retiré au-devant de la plaie abdominale toute l'anse intestinale, on enveloppa l'intestin, dans ses parties centrales et périphériques, d'un ruban de gaze iodoformée, et la portion de l'intestin destinée à être réséquée fut munie des pinces à intestin de Gussenbauer. Ensuite on sectionna l'intestin et on réséqua un morceau du mésentère en forme de coin, allant jusqu'à sa racine. La section du mésentère fut faite après l'application des pinces hémostatiques. Quand l'hémorragie fut arrêtée, on réunit le mésentère à l'aide de sutures, et ensuite on pratiqua la suture de l'intestin. Onze sutures de Lembert furent appliquées, dont dix sutures séreuses ; le mésentère fut soigneusement réuni à son appendice avec des sutures en bouton. On éprouva la perméabilité de l'intestin et on le refoula. La plaie abdominale fut fermée par plusieurs sutures profondes et superficielles avec des fils de soie. On fit un pansement approprié à cette région.

Pièces. — Le morceau de l'intestin réséqué présente les parti-

cularités suivantes : il est long de 75 centimètres ; son mésentère est raccourci et épaissi. L'insertion du mésentère, formée par un gros paquet de ganglions lymphatiques fortement adhérents les uns aux autres, de la grosseur du poignet, contient dans son centre un foyer de ramollissement. A la section, ces ganglions présentent une consistance moelleuse en partie ; mais, pour la plupart, ils contiennent des foyers caséux miliaires ou confluent, de la grosseur d'une noix.

Le péritoine de l'intestin grêle a un aspect terne en trois endroits, sur l'espace de 5 centimètres, et recouvert de pseudo-membranes fibrineuses. On peut constater au centre des tumeurs des rétrécissements nettement cicatriciels, et vers lesquels le péritoine paraît rétracté ; ces endroits sont durs au palper. Après l'ouverture de l'intestin, on trouve en ces endroits de grosses tumeurs disposées en cercle, mais profondément situées dans la muqueuse et la sous-muqueuse ; ces tumeurs ont des bords irréguliers, peu marqués ; à leur base, elles ont des dépôts nécrosés fortement adhérents. Sur les bords, on reconnaît partout des boscures caséuses miliaires. Au voisinage des tumeurs, on constate un épaississement égal de toutes les couches de la paroi intestinale, les limites de ces couches ne sont qu'imparfaitement perceptibles. En ces endroits, la lumière de l'intestin paraît fortement rétrécie, mais laisse passer un doigt ; la dilatation du segment supérieur de l'intestin ne paraît pas être brusquement marquée.

Suites. — Immédiatement après l'opération, on prescrit à la malade de l'opium à haute dose. Elle est extrêmement agitée et ne veut pas garder la position horizontale en décubitus dorsal. Le 23 février, on a constaté pour la première fois l'issue des gaz ; le 24, la malade est pour la première fois allée à la selle ; le 27 février, les sutures superficielles ont été enlevées ; le 1^{er} mars, les sutures profondes sont aussi enlevées, et en même temps on constate la suppuration d'une des sutures. Le 3 mars, on fut obligé par cette suppuration de rouvrir la cicatrice. La plaie se referme bientôt et la malade est guérie le 15 mars.

Elle se porte très bien depuis l'opération.

OBSERVATION XII (Résumée).

BORCHGREVINK. — *Norsh Mag. f. Lægevidenshaben*, janvier 1898.

Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle. — Forme à longue évolution et à poussées morbides successives nombreuses. — Mort sans intervention. — Les sténoses siègent à la partie supérieure de l'iléon et semblent surtout imputables à de la sclérose péri-ulcéralive.

N. F..., 59 ans, chauffeur de chemin de fer.

A. H. — Parents très bien portants.

A. P. — Bonne santé jusqu'en 1896. A cette époque commence à souffrir d'attaques répétées de diarrhées, mais peu douloureuses et peu fréquentes. Ce n'est que 2 ans plus tard que les douleurs violentes apparaissent. Au début ce sont des crises rares et courtes, après lesquelles le calme reparait, et le malade peut reprendre son travail. Dans l'intervalle des crises, constipations accompagnées de quelques troubles digestifs.

En 1895, le malade est pris de violentes douleurs qui le forcent à garder le lit. État grave, collapsus. Abdomen modérément distendu; pas de tumeur à la palpation, ni de résistance nette. Tympanisme abdominal, sauf à droite de l'ombilic où il y avait une distension locale avec matité. Pendant les violents accès douloureux, le péristaltisme intestinal était visible surtout à la partie moyenne de l'abdomen, où les douleurs étaient aussi localisées. En même temps, on percevait des sons musicaux rappelant les miaulements du chat. — Indican dans l'urine.

Les intervalles d'accalmie deviennent de plus en plus courts, il y a maintenant une attaque douloureuse par jour. Après les évacuations alvines, les douleurs s'exagèrent. On porte le diagnostic de rétrécissement de l'intestin grêle.

Le malade ne fut pas opéré. Il meurt en janvier 1897 de cachexie.

Autopsie. — Quatre rétrécissements à la partie supérieure de

l'iléon échelonnés sur une longueur de 25 centimètres. Dilatation considérable aux parois épaissies, en amont de la stricture.

Examen de la pièce. — Le rétrécissement supérieur permet juste le passage d'un crayon ordinaire, la séreuse est très épaissie et recouverte de fausses membranes déjà anciennes. L'intestin ouvert fait voir, sur la portion mésentérique de l'anneau stricture, une ulcération assez profonde des dimensions d'un pois ; ailleurs la muqueuse est saine avec de petites excroissances polypeuses.

Sur une autre sténose, on trouve de nombreux ulcères, les uns larges, les autres petits à bords taillés à pic, sous-minés à une distance considérable. Des fausses routes se sont produites sous des ponts de muqueuse plus ou moins normale.

En un dernier point, s'observe une coarctation encore plus étroite que les précédentes, en amont de laquelle il y a une énorme distension avec hypertrophie, poche qui est d'ailleurs le siège de nombreuses ulcérations de la muqueuse avec terriers sous-muqueux. Au niveau de la stricture on voit un calcul stercoral ovale, de la dimension d'une amande, un plus petit se retrouve sous un pont de muqueuse. Ce sont des calculs formés de dépôt crétacé autour d'un noyau central organique.

Examen microscopique. — Au fond des ulcères, quelques tubercules isolés typiques, avec cellules épithélioïdes, géantes, lymphoïdes, autour d'une zone centrale dégénérée. On a pu colorer quelques rares bacilles.

OBSERVATION XIII

LENNANDER. — *Upsala Läkaresällskapet Föhr.*, Bd. II, et *Berliner klin. Woch.*, 1898, n° 32.

Sténose tuberculeuse multiple de l'iléon caractérisée cliniquement par une longue évolution à poussées successives et anatomiquement par une forme scléreuse péri-ulcéralive. — Résection intestinale. — Guérison, quoique le bouton de Murphy soit resté dans l'intestin et ait dû être retiré un an plus tard par une nouvelle laparotomie.

M. A..., 37 ans, couturière, entrée le 19 janvier 1897 pour des

douleurs violentes dans le bas-ventre, dont elle souffrait depuis plus de 11 mois. Dès le début, les douleurs, qui ont commencé brusquement une nuit, ont été très intenses et accompagnées de vomissements et de diarrhée. Le maximum des douleurs était à droite. On pensa à une appendicite catarrhale.

Au milieu de l'été, nouvelle manifestation douloureuse, à maximum dans la région iléo-cæcale. Entrée à la Clinique le 6 juillet 1896. Dans la fosse iliaque droite, on sent un empâtement plus gros que le doigt, douloureux à la palpation. Résection de l'appendice par le Dr Dahlgren. On trouve seulement à son niveau un peu d'inflammation banale. Sortie le 9 août, se sentant assez bien.

Mais déjà, dans la nuit qui suivit son retour chez elle, elle ressentit une attaque de coliques avec douleurs et tension dans le ventre. Elle passa 14 jours au lit et eut plusieurs vomissements. Après cette crise, le bas-ventre resta tendu. Il s'installa une constipation persistante et toutes les deux ou trois semaines apparurent des attaques de douleurs, surtout dans la région ombilicale, avec vomissements.

Aux alentours de la Noël, nouvelle aggravation dans l'état ; les douleurs et les vomissements réapparurent plus violents ; renvois et gargouillements : la malade éprouve, dit-elle, une sensation de nœuds dans l'estomac, commençant dans le côté droit, et, de là, péristaltiquement et circulairement se continuant dans le bas-ventre. Pendant ces attaques, l'abdomen était très sensible.

L'appétit était mauvais, et les douleurs apparaissaient plus ou moins tardivement après l'ingestion alimentaire.

Dans les 14 derniers jours avant l'admission, vomissements quotidiens, quelquefois au milieu de la nuit ; d'autres fois peu après les repas. Pas d'amaigrissement sensible.

Menstruation depuis l'âge de 14 ans, toujours faible, mais régulière. Les symptômes abdominaux diminueraient pendant l'époque des règles.

État actuel au 19 janvier : malade de constitution faible et anémique. Température rectale : 38°,2 le soir. Pouls à 100. Ni sucre, ni albumine. Rien d'anormal aux poumons, ni du côté des organes

génitaux. Le ventre est gros, ballonné, dur et tendu, surtout à droite. Tympanisme jusqu'à la ligne axillaire; matité en arrière.

Opérée le 20 janvier, sous-narcose éthéro-chloroformique. Rien à l'examen avant l'intervention, dans la fosse iliaque droite, mais sensibilité à la pression à droite de l'ombilic. Tympanisme dans les deux régions lombaires.

Laparotomie latérale droite au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire: un peu de liquide sanglant dans la cavité péritonéale. On tombe sur une anse intestinale très développée, injectée, à parois épaissies.

Rien d'anormal en amont; en aval, partie très rétrécie située à plus d'un demi-mètre au-dessus de la valvule de Bauhin. Plus loin, en aval, trois sténoses moins serrées, auxquelles correspondaient des épaississements de la paroi et des modifications séreuses (injection vasculaire et lymphangite). Iléon sain à sa terminaison. Cæcum, côlon ascendant et partie droite du côlon transverse, sains.

Nombreux ganglions mésentériques en dégénérescence caséuse dans le mésentère correspondant à l'intestin malade.

Entérectomie et bouton de Murphy; résection de tous les ganglions mésentériques semblant atteints. Lavage de la cavité abdominale avec une solution de chlorure de sodium dont on laisse une partie dans le péritoine. Suture de la paroi sans drainage.

Après l'opération, violentes douleurs et vomissements. Lavements évacuateurs et alimentaires.

Le segment intestinal extirpé mesure 41 centimètres; sa lumière est très rétrécie sur un trajet de 1 centimètre. Elle admet à peine un crayon. Au-dessus de ce rétrécissement, dilatation de l'intestin (10 centimètres de circonférence); en ce point, muqueuse hyperémiee et hypertrophiée. En aval de la sténose, valvules con-niventes presque effacées et muqueuse marquée de pointillé rouge très fin, avec quelques érosions superficielles. La paroi au niveau de la stricture est dure et épaissie: au toucher, sensation calleuse. Section comme étoilée; quelques ulcérations longitudinales, à bords taillés à pic et à fond assez induré.

Ce n'est pas à l'épaississement de la muqueuse, qui est au contraire plus mince qu'au-dessus et au-dessous, que la paroi de la coarctation doit son augmentation ; c'est à la séreuse et à la musculieuse.

D'autres ulcérations intestinales peu volumineuses en aval de la stricture.

Quant aux autres sténoses situées plus bas et vues pendant l'opération, elles étaient formées par des ulcères circulaires, ou à peu près, en voie de cicatrisation. On constate un diverticule de Meckel typique. Ganglions mésentériques indurés du volume d'une noisette à celui d'un haricot ; les plus gros, caséux.

L'examen microscopique du Pr Sandberg affirma la nature bacillaire des ulcérations. Sur le fond fibreux de l'ulcère sont des tubercules nombreux et typiques, les uns en pleine transformation caséuse, les autres en sclérose, mais présentant cependant des cellules géantes nettes. Dans le voisinage, tissu conjonctif en évolution fibreuse qui se poursuit dans la paroi du rétrécissement.

En amont de la stricture, hypertrophie musculaire et transformation des cellules glandulaires.

Les suites opératoires furent assez satisfaisantes ; malgré une légère élévation thermique, guérison de la plaie par première intention. La malade s'alimenta assez vite ; les selles devinrent normales, et le bas-ventre reprit son aspect et sa consistance physiologiques. Le bouton de Murphy ne fut pas rendu cependant : au toucher vaginal on le sentait, par le cul-de-sac latéral droit, mobile dans une anse intestinale.

La malade quitte l'hôpital en apparence guérie. Elle put travailler pendant l'été, tout en continuant cependant à souffrir de temps à autre ; mais plus fatiguée à partir de la Noël, elle se décide à revenir à la Clinique le 4 janvier 1898. On sent encore le bouton par le toucher vaginal ; mais d'après les douleurs, on croirait plutôt à de la lithiase biliaire ou à une péritonite partielle localisée dans le voisinage de la vésicule.

Nouvelle laparotomie le 18 janvier 1898. Péritonite localisée vers la partie droite du côlon transverse ; rien dans la vésicule. Le

bouton était arrêté dans un diverticule de l'intestin grêle, à 8 centimètres en amont de la valvule de Bauhin. Pas de rétrécissement au-dessous du point d'implantation. On enlève le diverticule après y avoir ramené le bouton, qui n'avait pas pu franchir la valvule de Bauhin. Ganglions mésentériques au niveau du diverticule, mais d'inflammation chronique banale (ne semblent pas bacillaires). Aucun autre signe de tuberculose dans l'abdomen.

Nouveau lavage du péritoine avec une solution saline qu'on laisse dans la grande cavité péritonéale, où elle sera résorbée (Méthode de Clarke) (1).

Dans le diverticule enlevé, une granulation tuberculeuse grosse comme une tête de clou. Ce diverticule, enlevé avec le bouton, était implanté près du point où avait été faite la suture intestinale. Cul-de-sac de 12 centimètres de long : allongement dû à la pesanteur du bouton de Murphy.

La malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XIV (Résumée).

R. MATAS. — *The Philadelphia medical journal*. July 9, 1898, vol. II, p. 73.

M. V... H..., 46 ans, malade depuis 20 ans. C'est un homme très maigre, faible. Il aurait des douleurs abdominales depuis très longtemps ; mais depuis 2 mois seulement les symptômes sont devenus nettement localisés par l'apparition d'une tuméfaction à gauche de l'ombilic et dans la région lombaire du même côté. Cette apparition coïncida avec un plus violent paroxysme de douleurs, de la constipation, des vomissements et de la fièvre. Puis ces symptômes aigus s'atténuèrent légèrement, laissant une masse assez volumineuse, douloureuse, qu'on perçoit distinctement à la palpation abdominale. Par sa situation, son contenu et sa mobilité,

(1) *Bull. of the John Hopkins hosp.*, 1897, avril.

la tumeur donne l'impression d'un rein mobile ; elle change spontanément de position et augmente de volume à certains moments.

Au moment de l'examen, le malade s'alimente difficilement ; deux heures après l'ingestion alimentaire, il a des douleurs intolérables dans l'hypocondre gauche, accompagnées de nausées et de vomissements. Ces douleurs réapparaissent à la moindre ingestion de solide ou de demi-fluide ; elles commencent d'une manière intermittente et deviennent rapidement continues et déchirantes. Avant que l'acmé des paroxysmes fût atteint, il sentait ses intestins se contracter d'une façon indescriptible, et ces mouvements n'étaient bientôt plus perceptibles à cause de l'extrême rigidité des muscles abdominaux. Constipation habituelle avec alternative de diarrhée.

Antécédents morbides : dans l'enfance, une diarrhée rebelle qui guérit ; fièvre intermittente ; une pneumonie en 1872.

En présence de tels symptômes, on songea à un rétrécissement de l'intestin, sans en préciser la nature.

Le malade est admis au sanatorium de la Nouvelle-Orléans. Opération le 24 avril 1896. Une laparotomie médiane sous-ombilicale conduisit sur une anse du grêle recourbé en forme d'U, et à laquelle adhérait l'épiploon : on vit que cette anse appartenait au jéjunum et qu'elle présentait plusieurs points dilatés et plusieurs points rétrécis. On se décida à enlever entièrement cette anse malade et on termina par une suture suivant le procédé de Maunsell.

En examinant la pièce, on constata que 13 pouces du jéjunum étaient très altérés et présentaient trois coarctations excessivement serrées. Ces strictures étaient produites par des anneaux très épais de tissu cicatriciel hypertrophique, occupant surtout la sous-muqueuse.

La muqueuse était plus ou moins détruite et en certains points ulcérée. Dilatation considérable entre les sténoses, avec épaissement de la couche musculaire. Ganglions mésentériques intéressés, quelques-uns franchement caséux. Le rétrécissement le plus élevé était situé à quatre pieds environ du pylore.

Suites opératoires excellentes : le malade se sentit bien, mangea

et engraisa rapidement. Il a pu reprendre sa profession et a gagné 80 livres ; il ne souffre plus de l'intestin.

OBSERVATION XV (Résumée).

HOFMEISTER. — *Beiträge z. klin. Chir.*, Bd. XVII, p. 579, 1896.

Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle. —

Symptômes d'occlusion intestinale. — Entéro-anastomose. —

Mort.

D... J..., 32 ans, ouvrier de fabrique ; Antécédents : un frère mort tuberculeux ; jouit lui-même d'une bonne santé habituelle.

Depuis 4 ans souffre de l'estomac ; douleurs irrégulières et intermittentes qui s'irradient dans l'abdomen et s'accompagnent de vomissements. Les malaises disparaissent en général en un jour. Un peu de constipation. Il y a 6 semaines, attaque d'occlusion intestinale, amendée par les purgatifs. Actuellement, nouvelle attaque du même genre, mais plus intense.

A l'entrée à la clinique du Pr Bruns, état général grave ; abdomen très tendu sur lequel se dessinent les mouvements péristaltiques du grêle, qui s'accompagnent de gargouillements très clairs. On ne sent pas de tumeur. Tympanisme abdominal. Aux poumons, murmure vésiculaire normal.

Opération le 2 avril 1896 : laparotomie médiane, montre de nombreux points rétrécis sur le trajet du grêle, avec portions intermédiaires dilatées (ressemble à chaîne de saucisses). Ces rétrécissements sont répartis sur plus de 2 mètres ; l'état des ganglions laisse supposer une maladie intestinale antérieure. Le Pr Bruns tint une résection pour non indiquée et conseilla une entéro-anastomose entre les portions intestinales supérieure et inférieure au rétrécissement. On ponctionna la dernière ampoule avec un trocart.

Suites opératoires mauvaises ; la température atteignit 39°,7 et le malade mourut le lendemain soir.

L'autopsie fit voir que la mort était due à une péritonite par

perforation, les sutures ayant cédé sous la tension des gaz intestinaux. On trouva des ulcères tuberculeux avec sténose non seulement dans l'iléon, mais aussi dans le cæcum. Tuberculose des ganglions mésentériques et tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XVI (Résumée).

PANTALONI. — *Arch. prov. de Chir.*, 1^{er} juin 1898, p. 329.

Tuberculose intestinale chronique avec retrécissement très marqué de l'iléon. — Adhérence vésicale et tuberculose mésentérique. — Résection de l'intestin et du mésentère. — Guérison.

A..., marchande de fruits, 33 ans, native de San Remo ; mère morte de tuberculose pulmonaire ; n'a eu qu'une maladie, la typhoïde.

Malade depuis 18 mois : petites coliques intermittentes, vomissements. Douleurs à maximum dans le dos ; aucune position ne le calme, sauf à plat ventre. Menstruation, après avoir diminué considérablement, a cessé complètement. Les selles atteignent vite le chiffre de 5 à 6 par jour et finalement débâcle continuelle. Jamais de mélæna. Digestions pénibles, au point que la malade finit par ne plus manger ; amaigrissement extrême consécutif ; à l'entrée à la clinique, ne pèse plus que 38 kilogrammes au lieu de 48. A la palpation abdominale dans la région sous-ombilicale et sur la ligne médiane : une tumeur du volume d'une orange, dure, résistante, douloureuse et mobile. Par le palper combiné au toucher, on la sent dans le cul-de-sac postérieur. On pense à une tumeur de l'S iliaque.

Intervention le 17 juin 1897. On voit avec surprise que le gros intestin n'a rien ; une anse grêle, à mésentère très long, était fixée avec de l'épiploon à la face postérieure de la vessie par une adhérence grande comme une pièce de 5 francs. Une tumeur, dure comme du cartilage grisâtre, occupait la partie moyenne de cette anse. On sectionna l'adhérence vésico-intestinale et on réséqua

12 centimètres d'intestin dont les parois sont très épaisses et le calibre réduit de moitié.

L'examen histologique pratiqué par le D^r Pilliet montra qu'il s'agissait de tuberculose scléro-hypertrophique absolument typique.

Suites opératoires excellentes ; la malade fut alimentée à son goût dès le lendemain de l'opération. Elle partit complètement guérie.

OBSERVATION XVII (Résumée).

Transact. of the path. Soc. of London, vol. 49, p. 102.

Ch. Powell White présente l'intestin d'un homme de 52 ans, qui fut admis au General hospital de Birmingham, dans le service de M. Barling, février 1898.

Son histoire est celle d'une obstruction chronique. Une occlusion survint et quand il entra, il était en état de collapsus. Il mourut très peu après. On trouva à l'autopsie, dans tout le long de l'intestin, de nombreux ulcères de forme irrégulière ayant tendance à envahir toute la circonférence de l'intestin. La base des ulcères est légèrement épaissie.

Dans le petit intestin, on voit 4 sténoses cicatricielles serrées. Au-dessus de chacune d'elles l'intestin est dilaté. La plus étroite est dans la jéjunum et ne peut laisser passer un crayon.

Immédiatement au-dessus sont de nombreux petits ulcères dont un est perforé et une péritonite généralisée.

Le cæcum est très ulcéré, sa cavité est rétrécie.

Aucun signe de tuberculose guérie ou présente dans les autres organes.

OBSERVATION XVIII

SENN. — *The journal of the Am. med. ass.* 1898, p. 1200. (Résumée in thèse de Bernay).

Tuberculose intestinale compliquée d'obstruction aiguë causée par une sténose cicatricielle. — Iléo-iléostomie ; guérison. — Patient en santé presque parfaite deux ans après l'opération.

Jeune homme de 16 ans, d'une famille indemne de toute trace

de tuberculose. Il n'avait jamais été lui-même sérieusement malade et allait tout à fait bien quand il fut pris soudain, en décembre 1895, de violentes coliques abdominales surtout localisées à la région ombilicale, et qui durèrent deux jours. Cet accès guérit parfaitement mais fut suivi d'un autre semblable quelque temps plus tard. Mais cette seconde attaque fut beaucoup plus sérieuse : elle fut précédée de constipation et s'accompagna de vomissements bientôt fécaloïdes et de tympanisme considérable.

Quand il entra à Saint-Joseph's hospital, le 1^{er} mars 1896, il avait maigri de 40 livres, et était très anémique. Abdomen très distendu et anses intestinales se dessinant nettement sur la paroi. Température : 98° F. Pouls : 100 à la minute. Pas de selles spontanées depuis le début de l'attaque, c'est-à-dire depuis deux mois.

Laparotomie le 2 mars 1896 : immédiatement les anses intestinales, très distendues et très vasculaires, firent issue à travers l'incision ; on les protégea avec le plus grand soin au moyen de compresses trempées dans une solution physiologique de sel marin. Une des premières choses notées fut l'existence de nombreux ganglions mésentériques tuméfiés : quelques-uns d'entre eux atteignent le volume d'une noix et offrent des signes nets de caséification commençante. Innombrables granulations péritonéales.

On se met alors à la recherche du siège de l'obstruction en déroulant l'intestin de haut en bas et le réintroduisant dans l'abdomen à mesure qu'on l'examinait. En atteignant la partie inférieure de l'iléon, on trouva l'obstruction sous la forme d'un rétrécissement circulaire serré. Au-dessus de ce point, l'intestin était uniformément distendu, très vasculaire, tandis qu'en dessous il était vide, resserré et pâle.

Iléo-iléostomie sans bouton.

Suites opératoires excellentes ; selle spontanée le lendemain même de l'intervention. Le malade quitta l'hôpital, le 30 mars 1896, en excellente condition. Une lettre reçue de son médecin deux ans plus tard, annonçait qu'il allait très bien et a engraisé de vingt-sept livres.

OBSERVATION XIX

DUPONT. — *Thèse*, Paris, 1893-1894. Obs. IV.

Tuberculose chronique. — Ulcérations intestinales multiples. — Peu de diarrhée. — Ulcération annulaire avec dilatation énorme de l'intestin au-dessus de l'ulcération formant rétrécissement serré. — Atrophie de la portion sous-jacente.

P. G..., 43 ans, vannier, entré le 20 février 1894 à l'hôpital Tenon salle Bichat, service de M. le Dr Brault. Bonne santé habituelle jusqu'en 1886. A cette époque bronchite avec hémoptysies, — il tousserait depuis lors, — aurait maigri, l'appétit est cependant conservé. Jamais de diarrhée. Alcoolisme net.

A l'entrée. — Signes cavitaires aux deux sommets. La température oscille entre 38° et 39°. Diarrhée depuis 4 jours, les selles arrivent même au chiffre de 8 par jour. Pas d'autres symptômes abdominaux.

Mort le 14 avril 1894.

A l'autopsie. — Cavernes aux deux sommets avec adhérences pleurales. Sur le trajet de l'intestin série d'ulcérations taillées à l'emporte-pièce et dans leur voisinage nombreuses granulations. A 0^m,82 de la valvule iléo-cæcale on remarque un point de l'iléon qui est rétréci en anneau et d'apparence cicatricielle au dehors. Il y a là en effet du tissu fibreux et du tissu cicatriciel rétractile. La portion intestinale qui se trouve en amont du rétrécissement est démesurément dilatée. Elle forme comme un énorme estomac, atteint 0^m,35 de circonférence et cette dimension est conservée sur une longueur de 0^m,40. Au contraire la portion sous-jacente est atrophiee et a tout au plus la dimension d'un gros cigare.

Le point rétréci laisse à peine passer un crayon ordinaire. Remplie d'eau la portion dilatée ne peut se vider qu'avec peine, l'ulcération faisant diaphragme sous la pression de l'eau. A ce niveau

toutes les tuniques intestinales ont une dureté de fibrome, elles présentent une épaisseur de 7 millimètres.

Gros intestin sain, rien à l'appendice ni à la valvule.

OBSERVATION XX (GUINARD, 1899).

M. Guinard présente à la Société de chirurgie le 22 mars 1899 un énorme segment d'intestin grêle, qu'il a réséqué. On y voit des rétrécissements très prononcés, échelonnés sur une étendue de 1^m, 10. Le dernier, le plus serré, siégeait à 0^m, 05 du cæcum. En amont, l'intestin est dilaté, et mesure 0^m, 31 de circonférence, les parois sont hypertrophiées. Ces sténoses d'origine tuberculeuse donnaient des accidents d'obstruction chronique qui duraient depuis fort longtemps.

OBSERVATION XXI (Résumée).

ROTTER. — *Fetschir. z. gold Jubil. des S. Heldw. Krankenh.* Berlin, 1896.

Garçon de 8 ans, amaigri, atteint de diarrhée, de renvois et de vomissements; abdomen météorisé et offrant de violents mouvements péristaltiques, avec roucoulement intestinal.

Intervention le 7 novembre 1892 : on constate 7 sténoses sur le trajet de l'intestin grêle, sténoses que l'on regarde comme d'origine tuberculeuse. Simple laparotomie exploratrice; le petit enfant fut amélioré, mais il mourut trois ans plus tard d'accidents aigus que l'on crut devoir attribuer à une perforation intestinale.

OBSERVATION XXII (Résumée).

ROTTER, in *Thèse* de Bernay.

Fillette de 7 ans présentant de la diarrhée, de l'amaigrissement, du météorisme, des coliques avec gargouillements bruyants.

Laparotomie le 4 octobre 1895 : on constate une sténose serrée

du milieu de l'iléon avec ganglions mésentériques dégénérés. Résection de 0^m,03 d'intestin grêle. Guérison. En six mois la petite malade a engraisé de dix-huit livres.

OBSERVATION XXIII

TREVES. *Lancet*, January 4, 1896, p. 16. (résumée in *Thèse de Bernay*).

Homme de 21 ans, soigné au London Hospital, souffrait de temps à autre de coliques avec vomissements et diarrhée, depuis cinq ans. Au moment de l'admission, les attaques douloureuses étaient devenues plus fréquentes. Les anses intestinales se dessinaient sous la peau ; on ne sentait pas de tumeur. Le malade avait maigri de 42 livres pendant les dix-huit derniers mois.

Une incision médiane conduisit sur une stricture de l'iléon longue de deux pouces. On réséqua cinq pouces d'intestin ; suture avec l'aide d'un bouton de Murphy.

Sur la pièce, on constata que la sténose n'admettait qu'avec difficulté l'extrémité du petit doigt ; ses parois étaient très épaissies et ulcérées. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait de rétraction cicatricielle consécutive à une ulcération tuberculeuse ; le processus tuberculeux était encore en activité dans le voisinage.

L'opération avait été faite le 11 octobre 1895. Pendant 5 jours le malade eut de la diarrhée, mais il guérit bien. Cinq semaines plus tard, il avait engraisé de 14 livres.

OBSERVATION XXIV

GESSNER. — *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 6, p. 137 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Femme de 45 ans, présentant des troubles de la digestion et de l'irrégularité des selles ; elle était malade depuis deux ans, souffrait de coliques, de vomissements ; le ventre était hypertrophié et

météorisé. On percevait de l'empâtement dans la fosse iliaque droite.

L'intervention montra un cæcum tuberculeux ayant atteint le volume d'un œuf d'oie et dont la séreuse était couverte de tubercules miliars. Les phénomènes d'obstruction étaient produits par une stricture cicatricielle dans la région de la valvule de Bauhin. On fit une entéro-anastomose entre l'iléon et le côlon ascendant, à l'aide d'un bouton de Murphy. Le bouton fut évacué le treizième jour. L'opération fut suivie d'un soulagement manifeste.

OBSERVATION XXV

BOIFFIN. — 9^e Congrès français de chirurgie (résumée in *Thèse de Bernay*).

Homme de 50 ans, souffrant de douleurs intestinales vives depuis un an et tombé dans un état d'amaigrissement profond.

À l'intervention, on arrive sur une série de sténoses multiples disséminées sur toute l'étendue de l'intestin grêle. En face de pareilles lésions aussi dispersées, on se contente d'une simple laparotomie exploratrice, dont le malade guérit, mais son sort ultérieur est demeuré inconnu.

Boiffin ne se prononce pas sur la nature de ces sténoses qu'il qualifie de rétrécissements annulaires mal déterminés; mais Hofmeister les admet, sans discussion, comme d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION XXVI

KÔRTE. — *Loco citato*, p. 559 (résumée in *Thèse de Bernay*.)

Femme de 24 ans, atteinte de fistule stercorale et de tumeur de la fosse iliaque droite avec empâtement.

On intervient le 10 mai 1895: la lésion constatée est une tuberculose hypertrophique iléo-cæcale. Résection de 0^m,20 de côlon et de 0^m,10 d'iléon. La malade guérit.

OBSERVATION XXVII

TRENDELENBURG, in BECKER. — *Deu. Zeit. f. Chir.* Bd. 39 (résumée in *Thèse* de Bernay).

Jeune homme de 18 ans, souffrant de coliques, de constipation avec matières en petites parcelles, et présentant des bruits intestinaux intenses.

Laparotomie le 7 décembre 1889 : on constate un rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. Résection de 0^m,08 de l'iléon ; mais le malade meurt 10 jours plus tard de péritonite.

OBSERVATION XXVIII

TRENDELENBURG. — *Loco citato* (résumée in *Thèse* de Bernay.)

Homme de 38 ans, offrant des alternatives de constipation et de diarrhée, du météorisme, des vomissements et chez lequel on sent à la palpation une tumeur dans la partie droite de l'abdomen.

Intervention le 7 août 1893 : on arrive sur une tuberculose hypertrophique iléo-cæcale avec sténose extraordinairement serrée. Résection de 0^m,10 de côlon et de 0^m,19 d'iléon. Guérison encore stable un an après.

OBSERVATION XXIX

SALOMONI. — *Riforma medica*, Napoli, 1896 (résumée in *Thèse* de Bernay.)

A. S..., 24 ans, tonnelier, originaire de Messine, souffrirait depuis neuf mois de douleurs violentes dans l'abdomen, accompagnées de temps à autre de vomissements. Les douleurs sont surtout intenses dans le côté gauche du ventre : on sent à ce niveau une tumeur dure, un peu douloureuse, sans limites bien nettes. Les accès de coliques se reproduisent plusieurs fois sous l'influence de quelques excès alimentaires.

Opération, le 8 mars 1896 : on tombe sur une double lésion intestinale tuberculeuse, qu'on enlève par une résection unique. On fait également une ablation de ganglions mésentériques tuberculeux. Malgré une suppuration locale de la plaie, le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XXX

TROJE, — 69 *Versamml. d. deut. Naturf. u. Aerzte*. Braunschweig, 1897, sept. 20-26 (résumée in *Thèse* de Bernay.)

Femme de 25 ans, chez laquelle une portion de l'intestin grêle, longue de 1^m, 15, fut enlevée. Dans cette portion réséquée, se trouvaient quatre rétrécissements annulaires, avec dilatations ampullaires intermédiaires. Microscopiquement, on constata la nature tuberculeuse de ces lésions. La séreuse était intéressée, le mésentère fortement épaissi, les vaisseaux dilatés.

La malade guérit.

OBSERVATION XXXI

(Pièce du musée pathologique de Saint-Bartholomen's Hospital, London F, C ; n° du catalogue 2012 c. (in *Thèse* de Bernay).)

Rétrécissements tuberculeux multiples de la fin de l'iléon et de la valvule de Bauhin. — Forme principalement infiltrante. — Entérectomie avec bouton de Murphy. — Guérison.

Section longitudinale à travers une anse du grêle et le cæcum enlevés par une opération chez un homme âgé de 34 ans et qui souffrait depuis quelques mois de symptômes d'obstruction chronique. — Les extrémités intestinales demeurées en place ont été réunies grâce à un bouton de Murphy, et le patient s'est senti tout à fait soulagé après l'intervention.

Cette pièce a été présentée il y a déjà plusieurs années au musée de l'hôpital par J. Langton, esq. F. R. C. S.

Épaississement considérable de la paroi intestinale ayant produit un rétrécissement serré dont le maximum semble siéger dans le voisinage de l'orifice iléo-cæcal, et un peu en amont de lui sur la partie terminale de l'iléon, on observe plusieurs ulcères annulaires, avec épaississement des valvules conniventes et de la paroi intestinale ; on peut voir également d'autres ulcérations longitudinales plus prédominantes sur le bord libre de l'intestin du côté opposé à l'insertion mésentérique. Sous la couche séreuse, correspondant au siège des strictures annulaires, il y a de petites collections de nodules, et d'autres encore d'un volume moindre répandus en divers points, spécialement au niveau même de la terminaison du grêle où l'infiltration atteint son plus haut degré et où également la sténose est plus prononcée. Il y a cependant nettement sur la pièce, quatre sinon cinq points manifestement rétrécis.

Les glandes lymphatiques sont tuméfiées.

La lésion est évidemment de nature tuberculeuse, comme l'a prouvé l'examen histologique.

Le patient guérit ; le bouton fut rendu dix jours après l'intervention. La guérison se continuait encore dix mois plus tard.

OBSERVATION XXXII

(FRANK. *Wiener Klin. Woch.*, 1892, p. 390.)

Femme de 25 ans, présentant des signes de pérityphlite et une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque droite. Laparotomie exploratrice par von Hochenegg, le 20 septembre 1891. Opération nouvelle le 20 mars 1892, on tombe sur une tumeur tuberculeuse iléo-cæcale ayant produit trois sténoses sur l'iléon et le côlon ascendant. — Le rétrécissement le plus élevé siégeait à 80 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. — Résection totale d'un mètre d'intestin. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

LANZ. *Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1892, n° 12 (résumée in *Thèse de Bernay*. Lyon 1899).

Femme de 25 ans ayant depuis sept ans des attaques douloureuses avec gargouillement dans le ventre. A la partie inférieure de l'abdomen, on percevait une tumeur sensible à la pression ; la malade présentait du météorisme et des vomissements avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Laparotomie le 21 décembre 1897 par le P^r Kocher : on arrive sur une tumeur tuberculeuse de l'intestin grêle avec étroite sténose et ulcération.

Résection de l'anse malade. Guérison.

L'examen microscopique fait par Langham démontra qu'il s'agissait d'un lupus développé sur la muqueuse intestinale.

OBSERVATION XXXIV

SALZER. *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 43, 1892 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Il s'agit d'un homme souffrant, depuis 2 ans, de difficulté de la digestion et d'attaques douloureuses avec roucoulements dans le bas-ventre. — Constipation habituelle et rarement diarrhée. — Malade anémié et pâle : quelques râles aux poumons, mais pas de bacilles dans les crachats. Tumeur de consistance dure, de la grosseur d'une pomme, sensible à la pression et facilement mobile, occupant la fosse iliaque droite. Pas d'adénopathie inguinale.

A la tuberculine, réaction = 40°.

Opération le 26 novembre 1891. Narcose chloroformo-alcool-éthérée. Laparotomie latérale droite. On trouve de nombreux rétrécissements cicatriciels sur la fin de l'iléon.

Résection de 10 centimètres (8 centimètres sur le côlon et 2 centimètres sur l'iléon). Suture oblique. On ne touche pas à la

partie de l'intestin grêle en amont, à cause de la faiblesse du malade, malgré les transformations calleuses constatées.

A la suite de l'intervention, un peu de suppuration locale ; néanmoins le malade guérit.

L'examen de la pièce fit voir qu'il s'agissait d'un rétrécissement très marqué admettant à peine l'extrémité d'un porte-plume et siégeant au niveau de la valvule de Bauhin. Muqueuse couverte de végétations polypeuses autour desquelles se trouve une callosité épaisse de presque 2 centimètres. En ce point, infiltration de petites cellules groupées en tubercules, et un petit nombre de cellules géantes.

OBSERVATION XXXV

SACHS. — *Arch. f. Klin. Chir.* Bd. 43, 1892 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Femme de 42 ans, maigrissait depuis 2 ans et présentait depuis plusieurs mois une constipation pénible avec dysurie. A l'examen, on constatait une tumeur de la région rénale droite et une tumeur grosse comme le poing située dans la fosse iliaque droite. On admet un cancer du cæcum compliqué d'hydronéphrose. Le 12 novembre 1891, résection de 9 centimètres de côlon et de 8 centimètres d'iléon. La malade se rétablit et un mois plus tard l'hydronéphrose avait totalement disparu.

En examinant la pièce, on vit qu'il y avait un rétrécissement annulaire de la fin de l'iléon, avec tubercules profonds et muqueuse presque complètement détruite. Plus bas, au niveau même de la valvule de Bauhin, on observe une tumeur végétante de nature tuberculeuse. Il s'agissait d'un lupus de l'intestin.

OBSERVATION XXXVI

VOHTZ. — *Hospitals Tidende, Kjobenhaven* 1892, n° 24 (résumée in *Thèse de Bernay*. Lyon 1899).

Femme de 38 ans, sujette aux accidents de l'iléon, chez laquelle on a trouvé au cours de la laparotomie deux rétrécisse-

ments très accentués de l'intestin grêle, par infiltration tuberculeuse. L'un était à 10 pouces et l'autre à 48 pouces en amont de la valvule de Bauhin. — Les 2 parties rétrécies de l'iléon ont été extirpées par la résection de deux segments dont l'un avait 6 pouces et l'autre 8 de longueur.

Suites opératoires excellentes, pas de fièvre, et la malade put reprendre son métier de sage-femme six semaines plus tard.

OBSERVATION XXXVII

BROCA. — (Résumée in *Thèse* de Benoit, Paris 1893.) (Obs. XXX.)

Émile A..., 12 ans, entré le 9 novembre 1892 à l'hôpital Trousseau, service de M. Broca. — L'enfant souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite depuis trois ans, époque à laquelle il reçut un coup de boucle de ceinture à ce niveau. Il a été opéré déjà par M. de Saint-Germain et a conservé une fistule par où s'écoule un peu de pus.

Actuellement, quelques douleurs; pas de constipation; pas d'appétit; pas de vomissements. Ventre dur, résistant et retracte uniformément un peu d'amaigrissement. Pas de fièvre.

Opération le 30 novembre 1892. — Incision latérale droite: on arrive sur une masse qui fait corps avec l'anglo-iléo-cæcal. On résèque 20 centimètres d'intestin et dans la pièce on observe qu'à la place où devrait être la valvule existe un rétrécissement très net, avec induration blanchâtre et dilatation de l'iléon en amont.

L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet affirma le diagnostic de tuberculose lymphoïde.

Suites opératoires simples: le petit malade a engraisé et quitte l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION XXXVIII

CZERNY. — *Beit. z. klin. Chir.* Bd. IX, 1892 (résumée in *Thèse* de Bernay. Lyon 1899).

Homme de 31 ans, souffrant de constipation, avec douleurs,

fièvre et météorisme abdominal. Intervention le 5 mars 1892 ; résection iléo-cæcale de 11 centimètres.

On constate une tuberculo-iléo-cæcale typique avec sténose étroite de la valvule.

Mort le 8 avril 1892 d'hémorragie à la suite d'une ulcération rectale.

OBSERVATION XXXIX

CZERNY. — *Beit. z. klin. Chir.* Bd. VI (résumée in *Thèse de Bernay*).

Malade souffrant d'attaques douloureuses abdominales et chez lequel on percevait une tumeur à la palpation.

Laparotomie le 11 février 1888 ; on trouve un ulcère tuberculeux avec sténose de la valvule.

Résection iléo-cæcale de 8 centimètres. Guérison persistant encore un an après.

OBSERVATION XL

CZERNY. — *Loco citato*, Bd. VI (résumée in *Thèse de Bernay*).

Femme de 49 ans, souffrant d'accès douloureux dans le ventre et présentant une fistule stercorale.

On intervient le 20 mai 1898, et on trouve une sténose de l'iléon avec péritonite bacillaire. Résection de 9 centimètres d'iléon : la malade mourut dans le collapsus, elle était atteinte de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XLI

CZERNY, 1892. — *Loco citato*. B. IX (résumée in *Thèse de Bernay*.
Lyon 1899).

Homme de 31 ans, se plaint de flatulence : on trouve à la palpation une sorte de corde dans la région iléo-cæcale.

Laparotomie le 25 mai 1892 : on arrive sur une ulcération tu-

berculeuse du cæcum avec sténose de la valvule. Résection de 7 centimètres de côlon et de 3 centimètres d'iléon. Guérison.

OBSERVATION XLII

SCHÖNBORN 1894. — (Résumée in *Thèse* de Bernay. Lyon 1899.)

Jeune garçon de 13 ans, souffrant de douleurs dans la région hypogastrique droite et atteint de fistule stercorale. On crut à une typhlite avec abcès.

L'opération, pratiquée le 26 juillet 1893, montre que l'on est en présence d'une tuberculose iléo-cæcale, avec sténose serrée et dure de la valvule. — Résection de 0^m,09 d'iléon et de 0^m,11 de côlon.

Mort dans le collapsus.

OBSERVATION XLIII

KÖRTE. — *Deut. Zeit f. Chir.* Bd. 40 (résumée in *Thèse* de Bernay).

Jeune fille de 14 ans, souffrant d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, tumeur ayant tous les caractères d'un abcès.

Intervention le 23 juin 1893. — On voit qu'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse cæcale, avec appendicite perforante et sténose de la valvule de Bauhin. Résection de 0^m,10 d'iléon et de 0^m,12 de côlon ascendant. Extirpation de ganglions mésentériques dégénérés. Guérison immédiate, puis mort le 3 mai 1894 de tuberculose intestinale, péritonéale et pulmonaire.

OBSERVATION XLIV

KÖRTE. — *Loco citato* (résumée in *Thèse* de Bernay).

Homme de 28 ans, atteint de coliques intenses avec vomissements ; à la palpation on perçoit une tumeur assez volumineuse.

Opération le 17 juin 1894. — Il s'agit d'une tumeur tubercu-

leuse iléo-cæcale avec sténose serrée de la valvule. Résection de 0^m,10 d'iléon et 0^m,12 de côlon. Guérison persistant encore en avril 1895.

OBSERVATION XLV

HOMEN. — *Centrablat. f. Allgem. Path. u. Path. Anat.*, 1893.

A l'autopsie d'un tuberculeux on trouva 6 sténoses au milieu et à la partie inférieure de l'iléon, quelques-unes à peine franchissables par un doigt avec plusieurs ulcères intestinaux tuberculeux et autres localisations bacillaires.

OBSERVATION XLVI

KÖNIG. Communication orale à HOFMEISTER. — *Beit. z. klin. Chir.*
Bd. XVII, p. 577, 1896.

Chez un malade présentant des signes de rétrécissement intestinal, on trouve à la laparotomie douze sténoses répandues sur tout l'intestin, avec une tuberculose très étendue. On se contenta d'une simple laparotomie exploratrice. Les signes intestinaux parurent un peu s'amender. Le sort ultérieur du malade est inconnu, mais il est probable qu'il ne dut pas survivre longtemps.

OBSERVATION XLVII

ROUX (de Lausanne). — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1891, p. 688
(résumée in *Thèse de Bernay*).

*Tuberculose iléo-cæcale avec sténose de la valvule de Bauhin ;
forme hypertrophique et scléreuse. — Entérectomie. — Guérison.*

M^{me} Marie J... R..., 28 ans, souffrait depuis longtemps de douleurs abdominales violentes survenant par crises. Amaigrissement marqué. Rien de pulmonaire.

A l'examen local, tumeur et empâtement dans la fosse iliaque droite qui est le siège maximum des douleurs.

Intervention le 10 mai 1890: on enlève une étendue assez considérable du côlon ascendant, le cæcum et la fin de l'iléon. Guérison.

OBSERVATION XLVIII

GIRODE. — *Thèse*, Paris, 1888 (obs. XXIV), (résumée in *Thèse* de Girode).

Phtisie chronique. — Symptômes de phtisie aiguë terminale. — Tuberculose entéro-mésentérique. — Rétrécissements de l'intestin grêle, suite probable d'ulcérations antérieures guéries.

Malade de 27 ans, homme de peine, soigné à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Renaut; il s'agit d'une tuberculose pulmonaire chronique ayant débuté par le sommet gauche depuis huit mois. Dans les quatre dernières semaines, symptômes d'une tuberculisation aiguë secondaire des deux poumons. Pendant le séjour à l'hôpital, plusieurs crises diarrhéiques, modérément intenses à retours irréguliers.

Mort le 15 avril.

Autopsie. — Intestin grêle, longueur: 6^m, 2. Nombreux tubercules sous-péritonéaux, et traînées lymphangitiques en cordons blanchâtres moniliformes, juxtaposés à des vaisseaux sanguins congestionnés.

Au-dessous du milieu de l'intestin, à 0^m, 10 environ les uns des autres, trois rétrécissements annulaires admettant l'index avec peine. La paroi est indurée au niveau de la coarctation, elle résiste à la distension dans le sens transversal; cependant, elle redevient plus souple vers l'insertion mésentérique. On dirait un état cicatriciel suite d'une lésion développée seulement à l'opposé du mésentère. Nombreux tubercules jaunes volumineux, dans la muqueuse du point sténosé. Autres lésions bacillaires sur le reste du grêle, surtout sur les plaques de Peyer de la fin de l'iléon. Nombreux ganglions mésentériques dégénérés, quelques-uns même crétacés.

OBSERVATION XLIX (1)

Communication de M. BAR, interne des hôpitaux de Marseille, au Comité médical des Bouches-du-Rhône, 20 janvier 1888.

Femme de 19 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service du Dr Nicolas Duranty, pour une infiltration tuberculeuse du poumon et n'ayant jamais présenté de phénomènes marqués du côté de l'appareil digestif.

Peu après son entrée à l'hôpital, en septembre 1887, elle est prise de diarrhée rebelle qui s'arrêta néanmoins, mais qui reparut bientôt pour ne jamais cesser. Alors, apparurent des vomissements fréquents, peu abondants, jaunâtres et glaireux, du météorisme et des douleurs abdominales souvent très fortes. La malade ne supportait même pas le régime lacté et la mort survint à brève échéance.

A l'autopsie, l'intestin présentait en plusieurs endroits des rétrécissements annulaires de 3 à 6 millimètres de largeur, formés par des tubercules, les uns crus, les autres ulcérés faisant une saillie très forte à l'intérieur au point de réduire à très peu la lumière du canal. Néanmoins l'obturation n'était pas complète.

OBSERVATION L

BILLROTH, in SALZER, *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 43, p. 111 (résumée in *Thèse* de Bernay).

Homme de 35 ans, souffrant de coliques et de constipation, chez lequel on percevait une tumeur douloureuse à la palpation de la fosse iliaque droite. Assez longue évolution.

A l'intervention, le 10 juillet 1889, on trouve une tuberculose iléo-cæcale avec sténose de la valvule. Résection de 0^m,125 de côlon et de 0^m,045 d'iléon. Guérison.

(1) Voir aussi *Marseille médical*, 1888.

OBSERVATION LI

BOUILLY, Congrès français de chirurgie, 1889 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Femme de 44 ans, souffrant d'attaques douloureuses avec vomissements et amaigrissement. Tumeur perceptible à la palpation.

On trouve à la laparotomie une tumeur tuberculeuse de la région iléo-cæcale avec sténose de la valvule. Résection de 6 centimètres d'iléon et de 10 centimètres de côlon. La malade guérit, quoiqu'il ait persisté pendant plusieurs semaines une petite fistule stercorale.

OBSERVATION LII

NOVARO e CONCATO. *Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, 1881, n° 12 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Homme de 25 ans, n'ayant dans ses antécédents ni dothiénentérie, ni syphilis, ni tuberculose. Brusque apparition des symptômes d'occlusion. Mouvements péristaltiques aboutissant à la fosse iliaque droite.

A la laparotomie, on trouve une sténose cicatricielle de la largeur à peine d'une plume d'oie, à 30 centimètres au-dessus de la valvule. Dans le mésentère, un ganglion caséifié.

Résection. Guérison.

OBSERVATION LIII

KÖBERLÉ. *Bull. Acad. méd.*, séance du 25 janv. 1881 (résumée in *Thèse de Bernay*).

M^{lle} K..., 22 ans, sujette depuis deux ou trois ans à des accès de coliques pareilles à celles d'une indigestion, revenant à intervalles plus ou moins éloignés. Coliques plus fréquentes et plus violentes depuis un an, et, au mois d'octobre 1880, il survint à deux reprises, à quinze jours d'intervalle, des accidents graves

d'étranglement interne, ayant cependant paru céder à des lavements. Depuis lors, coliques extrêmes ne laissant de repos ni le jour ni la nuit.

D'après les coliques successives on pensa qu'il existait trois points d'obstruction intestinale, mais le diagnostic positif de la lésion ne pouvait être posé d'une manière rationnelle.

On fait la gastrotomie, le 27 novembre 1880, et on trouve quatre rétrécissements de plus en plus étroits, le dernier de 4 millimètres à peine. Ces rétrécissements intéressaient 2^m,05 d'intestin grêle qu'on réséqua entre deux ligatures. L'opération a duré plus de trois heures.

L'opérée a été nourrie dès le deuxième jour par des aliments solides, avec peu de liquide. On donnait des lavements désaltérants. Elle a parfaitement guéri.

Un examen histologique de Recklinghausen fit penser que les sténoses intestinales étaient de nature tuberculeuse, opinion qu'admet Hofmeister sans la discuter. Cependant, d'après Galliard, il persisterait quelques doutes sur la cause intime de ces multiples rétrécissements.

OBSERVATION LIV

LITTEN, — *Zeit. f. klin. Med.*, Bd. II, p. 702, 1881 (résumée in *Thèse de Bernay*).

Homme de 25 ans, phthisique, amaigri, atteint de diarrhée chronique et des symptômes vulgaires de l'ascite. L'abdomen est très distendu; il y a du tympanisme, une matité qui se déplace dans les différentes positions du ventre, et de la fluctuation. On admet donc une tuberculose ulcéreuse de l'intestin compliquée de péritonite tuberculeuse avec épanchement.

A l'autopsie, pas de liquide ascitique. L'abdomen renferme six grandes poches dont l'aspect rappelle celui de l'estomac rétrodilaté

dans la sténose du pylore : ces poches sont absolument semblables les unes aux autres et elles résultent de l'ectasie de six segments de l'iléon, séparés par des rétrécissements cicatriciels presque infranchissables. Ces poches, n'ayant contracté aucune adhérence et jouissant d'une parfaite mobilité, se déplaçaient avec leur contenu liquide ; de là, les symptômes d'ascite. On constate des ulcérations sur les segments dilatés.

OBSERVATION LV

LITTEN. — *Loco citato* (résumée in *Thèse de Bernay*).

Femme de 45 ans, souffrant de diarrhée intermittente avec douleurs abdominales. Vomissements, une fois même fécaloïdes. Météorisme, cachexie. Mort avec des signes de péritonite.

A l'autopsie, plusieurs grandes cicatrices annulaires dans l'iléon. Nombreux ulcères tuberculeux, quelques-uns même annulaires dans le cæcum, dont le calibre est lui-même rétréci.

OBSERVATION LVI

ISRAEL. — *Charité Annalen*, Bd. IX, p. 710, 1884.

Ulcères tuberculeux annulaires nombreux ; formations de cicatrices si avancées que de nombreuses sténoses en étaient résultées. Les portions intestinales intermédiaires sont uniformément dilatées et hyperplasiées. Dans le voisinage des rétrécissements, nombreux tubercules de la séreuse. Bacilliose pulmonaire.

OBSERVATION LVII

MEYER. — *Thèse de Heidelberg*, 1886.

Homme de 36 ans, souffrant de douleurs abdominales avec gargouillement intense. Alternatives de constipation et de diarrhée. Météorisme ; vomissements fécaloïdes.

A l'autopsie, deux sténoses de l'intestin grêle : la première à 3^m,15 au-dessous du pylore ; la seconde 1 mètre plus bas, franchissable seulement par une sonde très fine, et longue de 8 centimètres. Ulcères en voie de cicatrisation, dans l'iléon. Bacilles de Koch trouvés consécutivement.

OBSERVATION LVIII

HUDSON. — *Transact of. the Path. Soc. of London*, march 6, 1888.

Garçon de 12 ans, soigné par le D^r Finlay au Middlesex hospital, à l'autopsie duquel on trouva des ulcérations qui occupaient tout le cæcum et les 6 derniers pieds de l'iléon. Ces ulcérations étaient nombreuses ; quelques-unes entouraient complètement l'intestin et découvriraient la couche musculaire. Sur beaucoup, le rétrécissement s'était accompli, réduisant de moitié le calibre de l'intestin. Dans les sténoses se trouvaient des noyaux de prunes et de cerises. Tuberculose péritonéale, mésentérique, pulmonaire.

OBSERVATION LIX

ESMARCH. — In *Thèse de Mockenhaupt*, Kiel, 1894.

Femme de 28 ans, souffrant de coliques et chez laquelle on constatait une tumeur abdominale et un rein mobile.

On fait une résection iléo-cæcale intéressant 5 centimètres d'iléon : il existait une sténose étroite tuberculeuse de la portion terminale du grêle et des lésions du cæcum de même nature.

La malade guérit.

OBSERVATION LX

TRENDELENBURG. In *Becker, Deut. Zeit. f. Chir.* Bd. 39.

Femme de 38 ans, se plaignant de coliques violentes, présentant une tumeur douloureuse en forme de corde, dans la région iléo-cæcale, avec clairs roucoulements.

A la laparotomie, cinq sténoses de l'iléon, la plus inférieure siège à 10 centimètres au-dessus de la valvule. Tubercules de la séreuse.

Résection de 42 centimètres d'intestin : mort par insuffisance des sutures.

OBSERVATION LXI

KONIG. *Deut. Zeit, f. Chir.* Bd. 34, cas II. (Résumée de *Thèse* de Bernay).

Tuberculose de l'intestin grêle avec sténose. — Ulcération tuberculeuse du cæcum. — Résection du grêle. — Mort par suture insuffisante. — Péritonite séptique. — Autopsie.

Fr... W..., 26 ans, de famille tuberculeuse. Il y a neuf ans, il fut pris subitement de douleurs intenses du ventre avec ballonnement, constipation et vomissement.

A l'entrée, l'abdomen est tendu, ballonné, avec matité dans les flancs. Clapotage net à la partie postéro-inférieure du ventre. Souvent, surviennent des accès de coliques intenses : le ventre se gonfle alors et on voit à travers la paroi les mouvements de l'intestin. Il se produit à ce moment des bruits particuliers de clapotage et de tintement : le bruit prend finalement le caractère comme si un liquide était poussé dans une seringue. Avec ce bruit, le ventre se rétracte et la colique disparaît. Les selles ont l'aspect d'une bouillie.

Opération le 11 décembre 1889 : l'intestin grêle boursoufflé s'élance de la plaie et on arrive bientôt à un endroit notablement rétréci, cicatriciel, de 25 millimètres de longueur. Ganglions mésentériques tuméfiés. Résection de 8 à 9 centimètres d'intestin.

Le malade mourut dans le collapsus trois jours plus tard.

On trouva à l'autopsie une péritonite purulente consécutive à une fine perforation dans la ligne des sutures. Ganglions mésentériques caséux. On découvrit des ulcérations multiples dans l'iléon.

L'étude de la portion réséquée confirma le diagnostic de sténose tuberculeuse.

OBSERVATION LXII

KÖNIG. — *Loco citato*, cas III, (résumée de *Thèse* de Bernay).

Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. — Tuberculose des ganglions mésentériques. — Résection intestinale. — Extirpation ganglionnaire. — Guérison.

H... T..., 24 ans, se plaint d'avoir une affection intestinale depuis trois ans et demi. Il a des accès douloureux de coliques avec ballonnement du ventre combinés avec des bruits métalliques particuliers qui peuvent être entendus par l'entourage. Accès accompagnés de garde-robes irrégulières, ordinairement sous forme de bouillie, d'abord toutes les semaines puis beaucoup plus souvent. *Vomissements fécaloïdes* pendant le séjour à la Clinique.

Homme pâle, amaigri, avec sommet gauche intéressé. Ballonnement abdominal : on provoque facilement du clapotage intestinal à la succession, et on voit alors à travers les téguments des mouvements péristaltiques de l'intestin. Au moment d'un accès douloureux, on observe que l'abdomen se ballonne et se durcit ; puis, au bout de deux minutes, on entend un bruit musical particulier de tintement, et quelques instants après le son est comme si un jet d'eau était poussé par une seringue. L'abdomen tendu se rétracte et l'accès est fini.

Opération, le 23 janvier 1890 : on tombe sur un segment intestinal dilaté auquel fait suite un point sténosé, fixé par une adhérence à la paroi du bassin. Résection de 12 centimètres de grêle, et extirpation d'un certain nombre de ganglions mésentériques nettement tuberculeux.

Sur la pièce on constate nettement l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, en amont duquel sont quelques ulcérations tuberculeuses et une poche dilatée et hypertrophiée, avec quelques granulations bacillaires dans sa paroi.

Les suites opératoires furent bonnes et le malade quitta la Clinique guéri, guérison maintenue encore un an plus tard.

OBSERVATION LXIII

KÖNIG. — *Loco citato*, cas IV, (résumée de Thèse de Bernay.)

Tuberculose de l'intestin grêle avec rétrécissement. — Résection intestinale. — Guérison.

M^{me} A... R..., 52 ans, malade depuis six mois, arrive à la Clinique dans un état d'amaigrissement très prononcé. Elle dit qu'elle-même et ceux qui l'entourent sont incommodés depuis deux mois par des bruits particuliers sortis de son abdomen. Perte d'appétit, coliques, constipation, ballonnement du ventre. A l'examen de l'abdomen on voit à travers les minces téguments les mouvements péristaltiques du grêle qui se produisent au moindre choc de la paroi. On entend en même temps quelques bruits musicaux.

Laparotomie, le 6 décembre 1891 : on arrive sur une anse intestinale très dilatée en dessous de laquelle est un point nettement stricturé. Un gros ganglion mésentérique que l'on extirpe. Résection de 0^m,14 de grêle avec coupe oblique sur l'anse étroite efférente.

Suites opératoires excellentes : la santé était encore très bonne six ans après l'opération.

Sur la pièce, on a constaté que le rétrécissement était très serré, occupé par un corps étranger qui semble être un pédicule de prune. Dans le milieu du conduit sténosé, long de 2^{cm},5, la muqueuse est détruite et on trouve une ulcération assez profonde. En amont, dilatation et hypertrophie avec lésions manifestement bacillaires.

OBSERVATION LXIV

KÖNIG. — *Loco citato*, cas V, (résumée de Thèse de Bernay).

Sténose tuberculeuse de la partie inférieure de l'iléon. — Entérectomie. — Guérison.

D... H..., 33 ans, atteinte de constipation, avec violentes dou-

leurs abdominales et vomissements depuis deux ans. Alternatives d'amélioration et d'aggravation. Malade très anémiée.

L'abdomen est tendu ; brusquement sa tension augmente et l'on aperçoit à travers la paroi amaigrie les anses intestinales qui se tordent. Pendant ces attaques de coliques on entend des bruits extraordinairement clairs à son musical cacophonique.

Laparotomie : en développant l'intestin on trouve un rétrécissement siégeant à la partie inférieure de l'iléon et dans le territoire du cæcum. Le tout est noyé dans un tissu adhérent et empâté fixé à la paroi du bassin. Tout autour, adénopathies mésentériques.

Résection de 0^m, 16 d'intestin. On constate sur la pièce deux points rétrécis dans le voisinage de la valvule de Bauhin ; histologiquement, il semble avant tout s'agir d'une tuberculose à forme infiltrante.

La malade fut de suite soulagée par l'opération ; elle guérit très bien et engraisa rapidement.

OBSERVATION LXV. (Résumée).

DARIER. — *Bull. Soc. anat.*, 5^e série, t. IV, p. 87, 1890.

Rétrécissements multiples en diaphragme de l'intestin grêle de nature tuberculeuse. — Perforation. — Péritonite purulente. — Lupus exscedens du nez. — Phtisie fibreuse du poumon. — Salpingite tuberculeuse. — Polype du larynx.

Br... Anaïs, 26 ans, journalière, entrée le 5 septembre 1889 dans le service du P^r Fournier par un lupus ulcéré de l'aile droite du nez. Elle n'est pas amaigrie, ne tousse pas. Depuis longtemps elle est très constipée. Coliques. Douleur hypogastrique et dans l'hypocondre droit. Crises douloureuses auxquelles succède de la diarrhée. Les douleurs persistent cependant sourdes, continues. On supposa une entéro-péritonite localisée, avec brides étranglant l'intestin.

Les douleurs deviennent plus intenses. Des vomissements apparurent et la mort survint le 10 janvier 1890.

Autopsie. — Liquide péritonéal trouble. — Péritonite généralisée, pas de trace de tuberculose. — Petit foyer purulent circonscrit dans l'hypocondre droit.

A deux mètres de la fin du duodénum il y a une rétraction de la paroi qui correspond intérieurement à un rétrécissement. Légère dilatation au-dessus. La paroi au-dessous comme au-dessus est plus épaissie. Au niveau du rétrécissement repli de la muqueuse qui laisse à peine un orifice de 6 à 7 millimètres inextensible. Il y a des ulcérations sur ce repli de muqueuse.

Rétrécissement plus étroit au-dessous à environ 10 centimètres. Six autres sur le trajet de l'intestin commençant à 1^r mètre du duodénum pour finir à 0^m,50 du gros intestin.

L'intestin grêle n'a plus que 4 mètres de longueur.

Parmi les ganglions mésentériques, un nettement tuberculeux. Cicatrices au sommet des poumons.

Polype de la corde vocale droite.

Salpingite tuberculeuse double.

Examen histologique. — Au niveau du rétrécissement la séreuse pénètre dans l'éperon qui obture partiellement l'intestin. La musculieuse est épaissie, la sous-muqueuse l'est davantage et offre les lésions les plus apparentes. Dans l'éperon elle est composée de faisceaux conjonctifs très serrés ayant l'aspect d'un véritable tissu fibreux et même cicatriciel.

La muqueuse n'est pas ulcérée.

Dans la couche sous-muqueuse, en partie dans la musculieuse, il y a de gros tubercules.

Darier conclut en disant que ce cas est remarquable en ce que l'ulcération n'est pas le phénomène primordial. Il s'agit de tuberculose intestinale à forme un peu spéciale peu destructive, mais essentiellement fibrogène.

OBSERVATION LXVI

LEUDET. — *Clin. méd.* de l'Hôtel-Dieu de Rouën, 1874.

Accidents antérieurs d'entérite chronique, albuminurie. — Mort.
— Rétrécissement du rectum. — Sept rétrécissements annu-
laire de l'intestin grêle.

B..., 42 ans, fileur, est atteint depuis 3 ans de diarrhée presque continue s'accompagnant de douleurs dans la région sacrée. Recrudescence des accidents depuis trois mois, défécation très fréquente sans mélange de sang et douleurs vives dans le ventre. Actuellement état de débilité extrême. Un peu de toux ; dyspnée ; frissons par moments. Jamais d'hémoptysie. Albumine dans les urines, œdème des membres inférieurs.

Respiration un peu bronchique aux deux sommets.

Le toucher rectal permet de sentir un rétrécissement annulaire. Végétations de la marge de l'anus. Aucune altération des testicules.

Autopsie. — Foyers caséeux dans le sommet des deux poumons. Pas de tubercules péritonéaux. A partir de 0^m,30 au-dessus de la valvule iléo-cæcale l'intestin grêle présente sept rétrécissements circulaires formés par une rétraction de toutes les tuniques de l'intestin. A l'extérieur aucune altération qu'un épaissement blanchâtre circulaire avec froncement de la séreuse. La muqueuse offrait en outre des ulcérations circulaires multiples.

Foie et reins gras. Vessie et prostate, aucune altération. Au larynx une petite ulcération occupant toute la membrane muqueuse qui recouvrait la corde vocale inférieure gauche.

Dans le cas qui précède, Leudet incriminait la syphilis. Bien qu'il manque la confirmation histologique et bactériologique, l'histoire clinique et les détails de l'autopsie, nous permettent de faire le diagnostic rétrospectif

d'entérite tuberculeuse affectant ses deux variétés, ulcéreuse et hypertrophique.

OBSERVATION LXVII (Résumée).

LEUDET. — *Clinique médicale* de l'Hôtel-Dieu de Rouen, p. 238
(Obs. III), 1874.

Ulcération annulaire, irrégulière sur ses bords et résultant de la fusion de plusieurs ulcérations de l'intestin grêle. — Rétrécissement consécutif du tube intestinal. — Tuberculisation pulmonaire antérieure. — Mort par suite d'un choléra intercurrent.

L... A..., entrée le 16 avril 1849 à l'Hôtel-Dieu de Paris, service de M. Louis. Elle était atteinte depuis la veille d'un choléra intense avec vomissements, selles riziformes, cyanose, suppression des urines et affaiblissement considérable du pouls. Morte le lendemain de son entrée.

A l'autopsie tuberculose pulmonaire ancienne, caséuse et crétaée. Dans l'intestin on observe au niveau de la réunion du tiers supérieur du grêle avec son tiers moyen, que le calibre du tube digestif est manifestement rétréci dans une étendue de 4 centimètres. La circonférence de l'intestin était au-dessus du rétrécissement de 0^m,09, au-dessous de 0^m,076. Le rétrécissement correspondait à une ulcération qui occupait toute la circonférence du grêle.

Elle se divisait en deux bandes frangées : l'inférieure la plus considérable complètement annulaire, la supérieure étendue seulement sous forme de croissant. Ses deux ulcérations étaient réunies par une troisième dans l'axe de l'intestin, de sorte que l'ensemble avait la forme d'un H. Pas d'autres ulcérations intestinales.

Ganglions lymphatiques semblant sains.

OBSERVATION LXVIII

DUMONT-PALLIER. — *Comptes rendus des séances de la société de Biologie*, 1862, p. 139 (Résumée in *Thèse de Bernay*).

Rétrécissements multiples de l'intestin iléon avec entérite ulcéreuse. — Perforation intestinale et péritonite suraiguë.

Homme de 35 ans, soigné à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. le P^r Rostan, suppléance de M. le D^r Axenfeld. Souffre depuis trois mois, de temps à autre, de quelques douleurs abdominales qui durent à peine deux à trois jours. Douleur brusque le dimanche soir 2 novembre 1862, avec vomissements, météorisme, constipation. On pense à un étranglement interne accompagné de péritonite généralisée. Le malade succombe le surlendemain matin.

A l'autopsie, péritonite aiguë purulente et pseudo-membraneuse, identique à la péritonite des femmes nouvellement accouchées. On découvre une perforation intestinale à 1 mètre environ de la dernière portion du duodénum, perforation située au-dessus d'une région de l'intestin très manifestement étranglée. L'étranglement était circulaire et marquée par une dépression très apparente: il n'admettait pas le passage de la première phalange de l'index. Immédiatement au-dessus du rétrécissement existait une vaste ulcération à bords coupés à pic, ulcération recouverte de produits pseudo-membraneux.

En trois autres points, ulcérations analogues mais plus rudimentaires, en croissant, du côté opposé à l'insertion mésentérique, et à leur niveau rétrécissement partiel de la circonférence de l'intestin.

Dépôt tuberculeux à l'état miliaire dans les deux poumons, surtout le poumon gauche.

Dumontpallier discute ensuite la nature de ce rétrécissement et ne semble pas conclure en le regardant comme tuberculeux. Cependant avec les idées actuelles,

cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable. Elle est admise sans conteste par Marcel Pouzet dans sa thèse.

OBSERVATION LXIX

PIÉGU. — *Bull. Soc. anat.*, 1^{re} série, t. XIX, p. 13, 1844.

Piégu fait voir à la Société anatomique une ulcération de l'intestin grêle de nature très probablement tuberculeuse, qui a détruit *de dehors en dedans* les parois de l'intestin dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Les bords de l'ulcération se sont fixés au muscle psoas du côté droit et au milieu de cette adhérence se trouve une cavité suffisamment large pour loger le poing d'un adulte.

Immédiatement au-dessus de cette poche, l'intestin est fortement rétréci; il l'est encore à un degré moins avancé dans deux autres points de son étendue et au-dessous de la poche mentionnée. Tous ces rétrécissements paraissent dus à des cicatrices d'anciennes ulcérations tuberculeuses.

La malade avait 12 ans; elle souffrait depuis deux ans à peu près, pendant ses digestions, elle n'avait jamais présenté aucun signe d'étranglement interne.

OBSERVATION LXX

OSSIPOWSKI. — *Bull. de la Soc. anat.*, série I, vol. XV, p. 339, 1840.
(Voir aussi LOUIS, Recherches sur la phthisie, 2^e édition, 1841, Obs. LX.)

Rétrécissement de l'intestin grêle par la cicatrice d'une ulcération tuberculeuse. — Perforation : péritonite aiguë. — Mort.

Femme de 22 ans d'une constitution de force moyenne, entrée à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Louis en octobre 1839.

Malade depuis treize mois, elle éprouve par intervalles des douleurs abdominales avec gonflement du ventre accompagnées d'éruptions gazeuses. Actuellement pas d'amaigrissement, teint

coloré ; elle se plaint seulement de coliques intermittentes. Pas de difficulté pour aller à la selle, pas de constipation, pas de fièvre. On administre quelques opiacés et des lavements d'eau de chaux.

Sous l'action de ces moyens la malade éprouva de l'amélioration, mais ensuite apparurent des vomissements, de l'inappétence, et brusquement, dans les premiers jours de mars 1840, elle fut prise, sans cause connue, des symptômes d'une péritonite aiguë intense et mourut au bout de cinq jours.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale un épanchement considérable d'un liquide verdâtre opaque. Le péritoine, principalement sur les replis du mésentère, était revêtu de pseudo-membranes molles, faciles à détacher.

A environ quinze pouces de la valvule iléo-cæcale, l'iléon fortement dilaté plus haut offrait un étranglement brusque formé par un rétrécissement de son diamètre interne qui permettait à peine d'y faire passer une sonde de femme. Plus bas, l'iléon reprenait à peu près son volume habituel.

En incisant l'intestin, on vit que le rétrécissement siégeait au niveau d'une ulcération irrégulière dont les bords semblaient rapprochés et qui, occupant presque tout le pourtour intestinal, n'avait cependant que 8 à 9 lignes de longueur sur 10 à 11 lignes de hauteur environ. Son fond était en partie cicatrisé.

Au-dessus du point rétréci, nombreuses ulcérations grisâtres, irrégulières, surtout abondantes sur le bord de l'intestin qui correspond à l'insertion du mésentère. La profondeur de ces ulcérations est variable ; l'une d'elles communique même par un petit pertuis avec la cavité péritonéale. La portion de l'intestin située au-dessus de la sténose était notablement élargie et hypertrophiée ; cette hypertrophie est due surtout au plan musculeux et à la couche celluleuse sous-péritonéale. Elle est très prononcée ainsi que la dilatation dans une étendue de trois pieds.

En aval du rétrécissement, l'intestin redevient normal : encore une ulcération cependant de la grandeur d'un écu de cinq francs immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale et plusieurs autres au commencement du cæcum.

Rien du côté des ganglions mésentériques.

Tubercules aux deux sommets pulmonaires.

Ossipowski ajoute que le fait est remarquable en ce qu'il n'y avait pas de constipation opiniâtre, ce qui pourrait trouver sa raison en ce que les altérations de la muqueuse, située au-dessus de la coarctation, donnaient lieu à une sécrétion morbide qui entretenait la fluidité des matières et favorisait leur passage au point rétréci.

OBSERVATION LXXI

CORBIN. — *Arch. gén. de méd.* 1^{re} Série, t. XXV, p. 37, 1831.

Phthisie; péritonite suraiguë; mort. — Tubercule dans les poumons. — Rétrécissement et triple perforation de l'intestin.

M... Joséphine, 54 ans, entrée le 18 avril 1829 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Lerminier.

Toux depuis plusieurs années; dévoiement depuis plusieurs mois. A l'arrivée, faiblesse extrême, intelligence troublée.

On apprit cependant qu'elle souffrait habituellement dans le ventre et que ses douleurs étaient devenues beaucoup plus violentes la veille au soir. L'abdomen était ballonné, tendu, excessivement douloureux à la pression, surtout dans l'hypocondre droit. Le pouls était misérable et l'état général très mauvais. Pas de vomissements, mais fréquemment nausées et hoquets.

Mort le 23 avril 1829.

A l'autopsie, péritonite purulente typique. On constate sur le jéjunum une perforation qui correspond, à l'intérieur, à un étranglement de l'intestin formé par un anneau ou une espèce de valvule à bords lisses et arrondis, qui laisse à son centre une ouverture circulaire d'un diamètre de deux à trois lignes. Cette valvule est formée d'un tissu fibro-celluleux très dense, revêtu d'une muqueuse peu épaisse. Au-dessus et au-dessous, l'intestin est

ulcéré sur toute sa circonférence dans une longueur de deux lignes environ, mais la valvule elle-même est à peu près intacte, ou seulement érodée légèrement. C'est au fond de ces ulcérations, dans les points voisins du mésentère, qu'existent les perforations au nombre de trois, une au-dessus et deux au-dessous de la valvule. On trouve de la matière jaunâtre, d'apparence tuberculeuse, dans l'ulcération située au-dessus du rétrécissement de l'intestin. La portion de l'iléon située au-dessus de l'étranglement est distendue; elle a près du double de son volume normal.

Aux sommets des deux poumons, tubercules crus en grand nombre.

OBSERVATION LXXII

CORBIN. — *Arch. gén. de méd.* 1^{re} Série, t. XXIV, p. 215, 1830.

Diarrhée, et par intervalles, constipation, coliques, vomissements avec ballonnement de l'abdomen. — Mort. — Autopsie. — Triple rétrécissement de l'intestin grêle et ulcération de nature tuberculeuse. — Tuberculose pulmonaire.

J. F..., 25 ans, de constitution grêle et de tempérament lymphatique, entré le 15 décembre 1828, à la Charité, service de M. Lerminier. Il toussait depuis quelque temps, se plaignait de sueurs nocturnes, d'un dévoiement qui le faisait aller à la selle trois ou quatre fois en 24 heures, et d'un amaigrissement progressif. La percussion, ni l'auscultation n'avaient fait reconnaître aucune lésion dans le thorax, l'abdomen n'était ni tendu, ni douloureux. Tel était encore l'état du malade le 1^{er} janvier 1824 quand je le vis pour la première fois.

Les jours suivants se passèrent sans changements notables; les selles étaient un peu moins fréquentes et il y avait une légère amélioration de l'état général. Le 10, l'abdomen se tuméfia beaucoup et devint tendu et douloureux; il y eut des coliques violentes, des vomissements bilieux; en même temps le pouls était petit, fréquent, la face décomposée. On apprit que le malade avait été constipé pendant toute la journée de la veille, qu'il n'avait été à la

selle que la nuit, qu'il avait rendu fort peu de matières avec beaucoup de peine. A la suite d'un lavement, une évacuation abondante se produisit et les douleurs se dissipèrent.

Nouvelle crise dans la nuit du 21 au 22, mais plus intense ; puis encore le 5 mars et enfin le 18. Cette dernière dura beaucoup plus longtemps ; la médication ne put l'amender, les vomissements porracés apparurent et le malade succomba dans la nuit du 25 au 26 mars 1829.

Autopsie. — La surface extérieure des intestins est très injectée et d'un rouge lié de vin, couverte d'une couche de pus grisâtre et, dans quelques points, de petites granulations blanchâtres. Les anses intestinales adhèrent entre elles en plusieurs points.

A trois pieds environ avant le cæcum, existe un rétrécissement de l'intestin formé par une valvule circulaire au centre de laquelle est une ouverture qui admet à peine le bout du petit doigt. Le pourtour de cette ouverture est lisse et arrondi. Quant à la valvule, elle peut avoir deux lignes de largeur ; la surface en est inégale, et elle offre des dépressions et des saillies qui ressemblent à des espèces d'aréoles, mais aucune de ses dépressions ne traverse la valvule de part en part. Immédiatement au-dessus, existe un renflement de l'intestin et la dilatation est si considérable que le grêle égale ici le volume de l'estomac.

Dans cet endroit, l'épaisseur des tuniques intestinales est beaucoup augmentée. Les deux celluleuses et la musculieuse ont un aspect nacré et une dureté presque squirrheuse.

Deux autres rétrécissements, plus bas, mais de même apparence générale ; au-dessus de ces deux rétrécissements, il y a également une dilatation générale sensible de l'intestin. Il y a, à l'intérieur, un grand nombre d'énormes ulcérations, dont une est située immédiatement au-dessus du premier rétrécissement, les autres, dans les espaces intermédiaires et plus bas encore jusqu'au cæcum. Quelques-unes de ces ulcérations ont de deux à trois pouces de long et occupent toute la circonférence de l'intestin.

Aux poumons, tubercules crus aux deux sommets, droit et gauche, avec adhérences pleurales au sommet droit.

CONCLUSIONS

1° Il faut distinguer deux variétés principales de rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle :

a) — La variété cicatricielle, résultat de la cicatrisation d'une ulcération intestinale, et par conséquent expression d'une lésion tuberculeuse guérie.

b) — La variété hypertrophique, mélange en proportions très inégales, de lésions tuberculeuse et inflammatoire banale, et caractérisée par un épaissement des tuniques intestinales, surtout de la sous-muqueuse, ainsi que par le bourgeonnement de la muqueuse. — Contrairement à la forme cicatricielle, c'est une lésion en pleine évolution ;

2° Le rétrécissement siège dans le tiers inférieur de l'iléon dans 73,2 pour 100 des cas ;

3° En amont du rétrécissement existe fréquemment une poche dilatée avec hypertrophie compensatrice des parois ;

4° L'affection est un peu plus fréquente chez l'homme

que chez la femme. C'est l'âge adulte qui est le plus souvent atteint ;

5° Deux modes de début :

a) Insidieux, l'affection est précédée par une longue période de troubles digestifs ;

b) Brusque, symptômes d'occlusion intestinale aiguë ;

6° Dans sa période d'état, la maladie se traduit par du clapotage, un tympanisme localisé, des crises douloureuses coïncidant avec des contractions péristaltiques de l'intestin, se manifestant extérieurement par des ondulations de la paroi abdominale, visibles au voisinage ou au-dessous de l'ombilic ; contractions s'accompagnant de bruits musicaux perceptibles à distance. — Dans la forme hypertrophique, la palpation permet de sentir une tumeur dans la fosse iliaque droite ;

7° En pratique on aura à faire le diagnostic avec un rétrécissement cancéreux ou syphilitique ;

8° On basera le diagnostic de sténose tuberculeuse :

a) Sur l'évolution chronique de la maladie (10 à 15 ans) ;

b) Sur des antécédents d'entérite chronique bacillaire ;

c) Sur la constatation d'un autre foyer bacillaire ;

d) Sur la recherche des bacilles dans les selles ;

9° Si l'on n'intervient pas, le pronostic est fatal. Le malade succombe du fait de la cachexie, ou est em-

porté à une période plus ou moins avancée de la maladie, par une complication, le plus souvent une péritonite par perforation, ou une poussée aiguë de bacilliose pulmonaire ;

10° Le traitement est avant tout chirurgical. On donnera la préférence à la résection suivie d'entéro-anastomose latérale. Un traitement médical ante et post-opératoire mettra le malade dans les meilleures conditions de guérison.

VU :

Le président de thèse,
TILLAX.

VU :

Le doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION. — HISTORIQUE.	5
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	9
Variété cicatricielle.	12
Variété fibreuse d'emblée.	14
Variété hypertrophique.	14
ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.. . . .	21
SYMPTÔMES.. . . .	28
A. Symptômes de la sténose du grêle.. . . .	28
B. Variétés cliniques.	38
DIAGNOSTIC.	41
A. Y a-t-il sténose.	41
B. A quelle portion du tube digestif appartient la sténose.	44
C. Quelle en est la nature.	45
D. Peut-on préciser le siège de la sténose de l'intestin grêle.	50
E. Peut-on en reconnaître la forme.	50
PRONOSTIC.	51
TRAITEMENT.	53
A. Traitement médical.	53
B. Traitement chirurgical.	56
ÉTUDE STATISTIQUE.	66
OBSERVATIONS.. . . .	68
CONCLUSIONS.	137



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.